

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 décembre 1896, à *heure*

PAR

François PALAS

Né à Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées) le 6 mars 1870

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

LA TOUX PHARYNGÉE

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM.

{	DEBOVE, professeur.
	ROGER, agrégé.
	ACHARD, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 décembre 1896, à *heure*

PAR

François PALAS

Né à Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées) le 6 mars 1870

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

LA TOUX PHARYNGÉE

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM.

{	DEBOVE, professeur.
	ROGER, agrégé.
	ACHARD, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL .
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique	{ LANNELONGUE.
Histologie.	{ CORNIL.
Opérations et appareils	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	{ TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	{ POUCHET.
Hygiène	{ LANDOUZY.
Médecine légale.	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	{ LABOULBENE.
	{ STRAUS.
Clinique médicale	{ N.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrévés en exercice :

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Si beaucoup d'auteurs se sont occupés des diverses espèces de toux, et si l'on connaît bien aujourd'hui la toux utérine, la toux hépatique, la toux gastrique, etc., même la toux nasale, bien peu se sont préoccupés de la toux pharyngée et de la toux amygdalienne qui cependant ont, surtout dans la pathologie infantile, une importance considérable. Symptôme fréquent de beaucoup de maladies du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales, la toux pharyngée peut revêtir tous les caractères. Souvent constante et pénible, quelquefois quinteuse et coqueluchoïde, West l'a vue fréquemment donner naissance à la crainte non justifiée de la phtisie, et dans d'autres cas où, effectivement, il y avait de la tuberculose pulmonaire, il l'a vue conduire à porter un pronostic beaucoup plus sombre que ne le comportait le peu d'importance des lésions pulmonaires.

C'est que cette toux est en effet peu connue et est restée jusqu'ici dans le domaine des spécialistes. Il y a cependant un grand intérêt à être édifié sur son compte, car très souvent on est appelé à donner des soins à des personnes qui se plaignent simplement de tousser, qui sont fatiguées par une toux irritante, incessante, tellement tenace qu'elle éveille en eux des craintes et leur

fait supposer qu'ils sont atteints d'une lésion grave des poumons. Elle fait aussi le désespoir du médecin, qui, méconnaissant la cause première des accidents, ne parvient à leur apporter aucun soulagement. Inconsciemment, par la grande habitude que l'on a de soigner tous les jours des affections broncho-pulmonaires, sans examiner leur gorge, on les ausculte, on les percute et on s'empresse de leur prescrire un calmant, un balsamique quelconque, on épuise avec eux, et sans succès, toutes les potions usitées contre la toux ; il est bien évident, en effet, que pour peu qu'il s'agisse d'une toux dépendant d'une lésion autre que celle que l'on croit traiter, toutes les prescriptions seront impuissantes contre le mal, et que seul un traitement approprié et dirigé contre la lésion locale, cause primordiale et directe de la toux, pourra amener la guérison.

Cette toux si rebelle détermine trop souvent dans les familles de vives inquiétudes et laisse le médecin dans une grande perplexité. Un gros intérêt s'attache cependant à établir les causes de la toux dans tous les cas où celle-ci a résisté aux méthodes ordinaires de traitement.

Pendant le temps que nous avons consacré aux études des maladies de l'arrière-gorge et du larynx, nous avons pu voir très souvent des enfants pour lesquels on venait consulter en désespoir de cause. Les parents étaient seulement inquiétés par le seul symptôme qui les eût frappés et sur lequel ils appelaient toute l'attention : une toux opiniâtre. On était allé consulter un médecin qui, frappé de la persistance de cette toux et souvent aussi d'un état général particulier que nous aurons à étudier, bien que trouvant les poumons absolument sains, faisait de prudentes réserves, laissant toutefois entrevoir quelques

craintes à la famille, soupçonnant la tuberculose ou une adénopathie trachéo-bronchique alors que quelques coups de pince ou de curette auraient rapidement débarrassé l'enfant de cette toux qui le gêne toujours, l'épuise quelquefois.

Cependant c'est une notion banale de savoir que les affections de l'arrière-cavité des fosses nasales et du pharynx peuvent produire la toux aussi bien que le font les bronchites.

Dans une communication toute récente M. le docteur René Millon a appelé l'attention sur ce phénomène clinique, la toux pharyngée, d'autant plus intéressant qu'il est, à son avis, d'une grande fréquence; fréquence telle, que, pour sa part, il n'est pas loin d'admettre que, en dehors des conditions saisonnières particulières, sur les enfants qui toussent, presque un quart toussent de leur pharynx et non pas de leurs bronches.

Nous avons cru utile de faire une étude sur les causes les plus fréquentes de cette toux pharyngée. Notre intention n'est pas de faire une vaste compilation et une étude complète de toutes les maladies de l'arrière-gorge. Nous étudierons seulement la toux comme symptôme des maladies les plus fréquentes et qu'il est utile, indispensable même, de bien connaître, l'hypertrophie des amygdales palatines, les végétations adénoïdes du pharynx, la pharyngite granuleuse.

Ces trois affections se trouvent très fréquemment réunies sur le même individu, car elles sont le complément l'une de l'autre et le résultat d'un même processus, l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx; en réalité c'est toujours la même maladie, et il serait logique de les englober dans une même description, de les étudier

sous le nom, qu'a proposé Ruault, de pharyngite hypertrophique de l'enfance.

Nous nous contenterons de rappeler les points principaux de l'histoire de chacune de ces maladies, nous attachant seulement aux quelques gros symptômes qui pourront conduire rapidement et sûrement à un diagnostic précis. Toutes ces maladies ont été l'objet d'études très complètes, et les plus importants de ces travaux se trouvent consignés dans notre index bibliographique.

Au moment de terminer nos études, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux, tous ceux à qui nous devons les quelques connaissances qui nous permettent d'entrer avec confiance dans la carrière médicale.

MM. les docteurs Routier et Quénu, les professeurs Berger et Tillaux, dans leurs leçons et le plus souvent au lit du malade nous enseignèrent la chirurgie, nous les prions de recevoir l'expresssion de notre très vive reconnaissance.

M. le professeur Pinard nous a appris dans « le grand livre de la nature » l'art des accouchements, il nous a fait profiter de son enseignement si pratique, et l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné lui assure notre profonde reconnaissance.

Que M. Faisans, dont nous fûmes l'élève pendant deux ans, qui a exercé sur nos études une influence considérable et qui nous a toujours témoigné une bonté et une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, accepte l'hommage de notre respectueux et profond attachement.

Que M. le docteur Cuvillier, qui nous a fait dans sa clinique l'accueil le plus bienveillant, qui nous inspira

le sujet de cette étude et ne nous a jamais ménagé ni son temps ni ses conseils, reçoive, avec nos remerciements, l'assurance de toute notre gratitude.

Nous ne saurions non plus oublier notre ami le Dr Pêtre, qui fut notre premier maître à l'hôpital et qui nous témoigna toujours le plus grand intérêt ; nous lui offrons tous nos plus sincères remerciements.

M. le Professeur Dieulafoy, qui lui aussi a contribué pour une large part à notre instruction médicale par ses cours professés à la Faculté, nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Hypertrophie des Amygdales

L'hypertrophie des amygdales passe pour une maladie bénigne et paraît en effet fort simple, et, pour ainsi dire, un accident de développement. On y prête peu d'attention, car, si c'est une affection d'une grande fréquence, elle se borne souvent à quelques légers inconvénients ; mais, assez fréquemment aussi, elle peut prendre une grande importance ; non pas quand on la considère d'une manière intrinsèque, mais quand on l'envisage dans ses relations avec l'état général de l'individu qui en est affecté. Etat général qui peut devenir grave, par suite de l'obstacle que l'amygdale hypertrophiée apporte au passage de l'air et au libre jeu de tout l'appareil respiratoire, sans cependant arriver à produire ces lésions irréparables, ces déformations que Dupuytren, Alphonse Robert et tant d'autres ont décrites, mettant sur le compte de l'hypertrophie des amygdales palatines ce que nous verrons produit en réalité par l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée qu'ils ne connaissaient pas.

Pour bien comprendre la symptomatologie et la marche de cette affection, il est indispensable de bien connaître l'anatomie de la région et la structure des amygdales. Aussi croyons-nous utile d'en rappeler, à grands traits, les points principaux.

Développées au niveau de la deuxième fente bran-

chiale et formées, d'après Retterer, par une prolifération de l'épithélium buccal, qui s'enfonce dans le mésoderme sous la forme d'un bourgeon plein, puis est séparé du tissu qui lui a donné naissance par des végétations de tissu conjonctif et des vaisseaux qui le sectionnent en territoires distincts, les amygdales palatines sont deux glandes vésiculeuses ou vasculaires sanguines situées sur les parois latérales du pharynx, immédiatement en arrière de l'isthme du gosier. Elles ont la forme d'une amande, d'un ovoïde à grand axe légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Leurs dimensions sont excessivement variables, et, en dehors de tout état pathologique, à l'état de développement moyen, leur diamètre vertical mesure de 20 à 25 millimètres, l'antéro-postérieur de 12 à 15 et le transversal de 10 à 12.

Par sa face interne, libre, l'amygdale proémine plus ou moins dans la cavité du pharynx; plane ou convexe, cette face présente un grand nombre d'orifices de forme variable qui conduisent dans des cavités en cul-de-sac, les cryptes amygdaliens. Cette face est entièrement recouverte par la muqueuse pharyngienne; il n'en est pas de même de la face externe qui, adhérente, se trouve directement en rapport avec un petit muscle de la langue, l'amygdalo-glosse, et par son intermédiaire elle répond à l'aponévrose du pharynx au delà de laquelle se trouve l'espace maxillo-pharyngien que la carotide interne, la jugulaire interne, les nerfs pneumogastrique, grand sympathique, grand hypoglosse, glosso-pharyngien et spinal traversent dans toute sa hauteur. Le bord antérieur est en rapport avec le pilier correspondant du voile du palais qui la recouvre, le bord postérieur s'applique au pilier postérieur,

Des deux extrémités, la supérieure est placée au-dessous du point de rencontre des deux piliers, point qu'elle n'atteint pas mais dont elle est séparée par une excavation assez profonde, connue sous le nom de fossette sus-amygdalienne; l'inférieure répond aux faces latérales de la base de la langue dont elle est séparée par un intervalle d'environ 5 à 6 millimètres.

L'amygdale est tapissée par la muqueuse pharyngée qui s'enfonce en divers points de la face interne et forme ainsi des culs-de-sac plus ou moins profonds; l'épithélium est pavimenteux stratifié, le derme est du tissu adénoïde présentant des follicules clos entre lesquels pénètrent des éléments conjonctifs venus du tissu sous-muqueux; dans ce tissu se trouvent des glandes acineuses. L'amygdale est irriguée par des branches provenant des artères pharyngienne inférieure, des deux palatines supérieure et inférieure et de la linguale; les veinules forment sur la face externe un riche plexus veineux, le plexus tonsillaire, dépendant du plexus pharyngien. Les vaisseaux lymphatiques extrêmement abondants se dirigent vers les lymphatiques de la langue auxquels ils s'unissent, et plus particulièrement, dit Cruveilhier, vers les ganglions qui occupent l'angle de la mâchoire. Les nerfs émanent d'un petit plexus situé sur la face externe et qui est constitué par des rameaux du lingual et du glosso-pharyngien.

Tous les auteurs ont fait observer avec raison que les amygdales, même à l'état normal, en dehors de tout état pathologique, pouvaient varier dans leur volume dans des limites assez étendues et elles varient ainsi suivant les individus et surtout suivant l'âge des sujets. Aussi il faut bien s'entendre sur la définition de l'hypertrophie et nous disons avec Ruault que, dans la pratique, on ne doit

considérer comme hypertrophiées que les amygdales assez volumineuses pour rétrécir notablement, par leur saillie en dehors de la loge amygdalienne, l'isthme guttural du sujet qui les porte, ou pour exagérer, par distension mécanique, l'écartement normal des piliers antérieur et postérieur du voile du palais d'un même côté.

Due à des causes multiples, on admet aujourd'hui qu'elle peut être d'origine congénitale. Rillet et Barthez pensent qu'elle se montre entre 2 et 6 ans, nous en avons observé chez des enfants beaucoup plus jeunes, et il y a là évidemment une erreur, car cette époque est plutôt celle de l'apparition des premiers symptômes. Alphonse Robert nous paraît s'être rapproché bien plus de la vérité en fixant le début de 6 mois à 2 ans. Dans la production de cette hypertrophie, il faut attribuer un grand rôle au tempérament lymphatique, et nous retrouvons cette cause mentionnée chez tous les auteurs; West, en effet, nous dit : « elle survient chez les enfants mal portants, faibles et lymphatiques »; et Rillet et Barthez « Nous croyons que le tempérament lymphatique est la cause première de la maladie. »

Lasègue, dans son *Traité des angines*, établit une division étiologique bien nette, et il admet deux formes d'hypertrophie : l'une durable, qui se montre dès les premiers temps de la vie, et qui atteint un volume considérable, c'est l'hypertrophie de l'enfance; l'autre passagère, secondaire, c'est l'hypertrophie de l'adulte qui succède à toutes les inflammations, congestions, etc., qui viennent frapper les tonsilles, hypertrophie qui n'atteint jamais le volume considérable auquel arrive la première et qui se termine par induration ou par résolution.

Ruault a repris cette division car lui aussi admet deux

formes, l'une qu'il appelle amygdalite chronique paroxysmique limitée à l'amygdale et laissant le pharynx et le nez indemnes, plus fréquente dans la seconde enfance et consécutive à des amygdalites aiguës ou subaiguës répétées. Dans cette forme les amygdales sont dures et à surface lisse ; dans l'autre, au contraire, hypertrophie de tout le tissu adénoïde du pharynx buccal et nasal qui peut prédominer au niveau des amygdales palatines, celles-ci sont molles, et il appelle cette deuxième variété plus fréquente et qui ne se rencontre que dans l'enfance, l'hypertrophie molle des amygdales.

Dans celle-ci l'hypertrophie porte surtout sur les follicules lymphatiques ; dans la première, l'inflammation chronique porte surtout sur le tissu conjonctif de la glande. C'est cette deuxième forme que l'on trouve dans la première enfance que nous aurons surtout en vue, car c'est celle-là surtout que nous avons observée. Elle se montre chez des enfants très jeunes, même chez des nouveau-nés, et les parents font souvent remonter les symptômes à la naissance ou à une époque peu éloignée d'elle.

Parmi beaucoup d'autres manifestations dont l'hypertrophie des amygdales est la cause, il est un symptôme, je ne dirai pas constant, mais fréquent, la toux, qui, s'il est des cas où, bien qu'opiniâtre, elle ait un caractère bénin, peut dans d'autres circonstances faire le désespoir du malade et de son entourage par son intensité. Signalée déjà par Dupuytren qui en fait une étude dans une de ses cliniques et qui la regarde comme une complication annonçant l'état catarrhal des bronches, elle fut étudiée ensuite par Alph. Robert qui, n'ayant rien trouvé à l'auscultation, ne partage pas l'opinion de Dupuytren et regarde

ce phénomène comme purement sympathique, au moins pour la plupart des cas.

Cette toux est constante, pénible, elle s'exaspère par moments et peut devenir paroxystique et quinteuse : elle est souvent nocturne et les quintes peuvent revenir à intervalles réguliers. « Lorsqu'il s'agit, dit M. Ruault, d'hypertrophie totale de l'amygdale, la toux se montre de préférence par accès, soit nocturnes, soit matutinaux, soit vespéraux, et cesse dans l'intervalle. Elle revient pour ainsi dire périodiquement, au même moment de la journée ou de la nuit et ne cède à aucun des traitements institués contre elle. Plus fréquente chez les enfants nerveux et impressionnables, d'apparence débile, elle inquiète beaucoup les parents, et désespère le médecin s'il en méconnaît la cause. »

Toux fréquente, presque incessante, dans ses quintes elle rappelle souvent la toux de la coqueluche et on peut la confondre avec elle. H. Roger nous raconte qu'il a souvent été consulté pour des jeunes sujets que leur mère croyait atteints de coqueluche, parce que la toux répétée et saccadée durait sans amendement depuis deux ou trois semaines ; presque toujours il trouva l'explication de ce caractère quinteux dans la persistance d'une amygdalite. Dans nos observations on pourra voir des exemples d'amygdales hypertrophiées enchatonnées produisant une toux fréquente, sèche, et qui revient par quintes convulsives. Mais, fait très important, outre que l'on n'a pas aussi bien que dans la coqueluche, le spasme sonore du larynx avec la reprise sifflante, la trachée n'est pas sensible. Pressez sur la trachée d'un enfant atteint de coqueluche, vous déterminez aussitôt et presque fatalement une quinte révélatrice de l'affection ;

avec une simple hypertrophie de l'amygdale la pression de la trachée laisse le malade tout à fait indifférent, ne réveille aucun accès.

La toux peut donc être tantôt violente, spasmodique, presque incessante; tantôt quinteuse et laissant entre les quintes des intervalles de répit plus ou moins longs. « La forme spasmodique, dit Gleitzmann, se montre en général lorsque les glandes hypertrophiées empiètent sur l'épiglotte, et elle est moins fréquente que la forme quinteuse. » Mais elle peut revêtir aussi d'autres caractères, et l'on peut voir des enfants incommodés pendant très longtemps par une petite toux sèche, incessante, rappelant assez bien le hemming que nous retrouverons dans la pharyngite granuleuse. Toux opiniâtre rebelle à tout traitement médical pouvant faire naître des craintes très vives, car on peut croire à la toux du début de la tuberculose pulmonaire.

Quelle est la cause de cette toux amygdalienne? D'origine catarrhale pour Dupuytren, phénomène purement sympathique pour Robert, Wagner l'attribuait à une laryngite, et Ruault la considère comme une simple réaction nerveuse, comme un accident réflexe à point de départ amygdalien.

Les réflexes d'origine amygdalienne se manifestent dans le territoire de trois nerfs principaux, le glosso-pharyngien, le pneumogastrique et le grand sympathique et ils donnent comme accidents, la toux, des douleurs d'oreilles, des phénomènes gastriques. Ruault a cherché à démontrer expérimentalement quelques-uns de ces actes réflexes. Il appliqua sur l'amygdale une boule de galvano-cautère, de la grosseur d'un pois, chauffée

au rouge sombre, et suivant le point d'application il obtint divers phénomènes.

La boule appliquée au centre de l'amygdale provoquait dans l'oreille correspondante une vive douleur; assez forte, dit-il, pour que le sujet se préoccupe uniquement de cette douleur, sans se plaindre du point touché. En appliquant la boule du galvano-cautère non plus au centre, mais plus bas, on provoque alors une toux violente, quinteuse, rauque et aussi des réflexes gastriques plus ou moins violents et variant depuis la simple nausée, le simple effort de vomissement, jusqu'au vomissement réel. Ainsi donc pour Ruault c'est un accident purement réflexe et il cherche à le prouver expérimentalement.

Dans un article sur quelques phénomènes réflexes d'origine amygdalienne, après avoir cité deux observations que nous rapportons plus loin, de malades chez lesquels les amygdales hypertrophiées étaient enchatonnées et écartaient fortement l'un de l'autre les piliers antérieurs et postérieurs, il dit que pour lui cette compression, ce tiraillement des piliers du voile par une amygdale hypertrophiée et enchatonnée suffit à irriter les filets du trijumeau innervant la muqueuse. Il ajoute : « Ne faut-il pas se demander si, dans ces cas, l'amygdale n'agit pas seulement comme le ferait un corps étranger, et si le point de départ du réflexe n'est pas plutôt dans les filets péri-amygdaliens du trijumeau que dans les terminaisons nerveuses de l'amygdale elle-même ? » et il est tenté d'admettre cette hypothèse que, chez les enfants, la toux amygdalienne appartient souvent au groupe des toux du trijumeau.

Que l'origine réflexe de la toux produite par l'hypertrophie de l'amygdale soit probable et aujourd'hui admise

par tous, nous croyons néanmoins devoir faire une place à une autre cause. En effet, outre la toux quinteuse, la toux spasmodique, incessante, opiniâtre, nous avons observé des malades chez lesquels la toux n'était pas un phénomène constant et n'apparaissait qu'à certaines époques; nous croyons que pour expliquer cette toux passagère, il faut faire intervenir l'élément catarrhal, car souvent, en examinant la gorge des malades atteints d'hypertrophie simple de l'amygdale palatine, on peut voir en déprimant la langue une couche de muco-pus verdâtre sur la paroi postérieure du pharynx. Ce catarrhe nous explique encore pourquoi les quintes reviennent de préférence à certains moments, le soir, la nuit et le matin au réveil, car c'est à ces moments que le muco-pus collecté descend vers le larynx et éveille le réflexe de la toux.

Mais, quelle que soit l'origine, quelle que soit la cause de la toux, réflexe ou catarrhale, il est bien certain que l'amygdale hypertrophiée est la cause principale, c'est elle qui éveille le réflexe, c'est elle qui produit et entretient le catarrhe; le traitement du reste le prouve, car en enlevant ou en détruisant l'amygdale et en ramenant son volume à des proportions normales, on arrive le plus souvent à supprimer la toux.

Amygdalite simple folliculeuse

Il ne faudrait pas croire cependant qu'il est absolument nécessaire que les amygdales soient hypertrophiées pour donner naissance au phénomène de la toux. Nous avons dit avec Ruault que l'on ne devait considérer comme hypertrophiées que les amygdales suffisamment volumineuses pour rétrécir notablement l'isthme guttural ou écarter les piliers du voile l'un de l'autre. Mais il est des cas où sans augmentation de volume des amygdales, on pourra constater une toux opiniâtre, quinteuse, rebelle, dont le point de départ est encore dans une affection amygdalienne. Nous voulons parler de l'amygdalite simple folliculeuse. Conséquence d'amygdalites aiguës superficielles, d'angines catarrhales diffuses, cette variété se caractérise par la présence dans l'intérieur de l'amygdale de concrétions caséeuses moulées dans les lacunes, de consistance pâteuse et d'odeur souvent infecte, concrétions dont on peut déceler la présence en exprimant la tonsille ou en introduisant dans l'orifice des cryptes un stylet mousse qui chasse devant lui ce petit bloc blanchâtre. Les amygdales peuvent être petites, ratatinées dans leur loge, et cependant il n'est pas rare qu'elles occasionnent, surtout le matin, des accès de toux très pénibles suivis même parfois de nausées et de vomissements; ces quintes, qui prennent souvent le type

coqueluchoïde, deviennent plus fréquentes, plus violentes à certaines époques, car la marche chronique de cette affection est traversée par des poussées inflammatoires sub-aiguës qui reviennent de temps à autre, donnant lieu pendant 2 ou 3 jours, en même temps que cette plus grande fréquence de la toux, à du malaise, de l'abattement, de la douleur à la gorge et même parfois un léger état fébrile.

Végétations adénoïdes

Presque inconnue il y a 28 ans, l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée occupe aujourd'hui, et à juste titre, une place très importante dans la pathologie infantile, car, nettement séparée de toutes les autres affections avec lesquelles elle avait été confondue, on a reconnu sa fréquence extraordinaire, puisque Halsted, sur 268 enfants d'un asile d'enfants arriérés et d'une maison d'orphelins, trouva chez 63 d'entr'eux, soit 23,7 pour cent, des végétations adénoïdes assez marquées pour provoquer l'inocclusion buccale.

Kœferman, en examinant 2.238 élèves d'une école de Koenigsberg, 1.100 garçons et 1.102 filles, trouva une hypertrophie notable de l'amygdale pharyngée chez 7,8 pour cent des garçons et 10,6 pour cent des filles.

On a reconnu aussi que c'était à elle qu'il fallait s'adresser pour trouver l'explication de tous ces désordres graves, ces troubles fonctionnels très sérieux que les médecins, ignorant la cause occasionnelle, ne pouvaient arriver à combattre.

Signalée depuis longtemps par Santorini, l'amygdale pharyngienne n'est bien connue que depuis les travaux de Luschka. Sur la paroi postérieure du pharynx nasal, on remarque la présence d'un tissu mou, glandulaire, lymphatique, c'est la tonsille pharyngienne, située

sur la ligne médiane, entre les orifices des deux trompes, dans une longueur de 2 ou 3 centimètres à partir de l'extrémité postérieure des fosses nasales.

D'après Trautmann, elle mesurerait vers l'âge de 16 ans, c'est-à-dire au moment où elle atteint son développement maximum, 25 millimètres de longueur, 20 millimètres de largeur et 7 millimètres d'épaisseur. Cette glande est formée exclusivement de tissu adénoïde ; son aspect est rosé, irrégulier. En arrière d'elle existe une dépression, décrite par Mayer, la bourse pharyngienne, qui ne serait pas un organe à part comme le veulent Luschka, Tornwaldt, etc., mais un simple enfoncement, une invagination de la muqueuse, le recessus pharyngien de Ganghofner.

Les végétations adénoïdes ne furent pas recherchées par les cliniciens avant Czermack, et leurs symptômes avaient été confondus avec ceux de l'hypertrophie des amygdales palatines. Czermack, le premier, en appliquant son pharyngoscope, découvrit, en 1860, chez un de ses malades, deux petites tumeurs comme des crêtes de coq, qui occupaient la voûte du pharynx.

Voltolini, en 1885, en aperçut avec le rhinoscope, Læwenberg, la même année, en publia trois cas, mais c'est véritablement à Wilhem Meyer (de Copenhague) que revient le mérite d'avoir reconnu la fréquence extrême de cette affection. En 1868, il en donna une description complète, et c'est lui qui leur a donné le nom de végétations adénoïdes. Depuis cette époque les travaux se sont multipliés et, aujourd'hui, cette affection, grave par ses conséquences, est bien connue.

Particulières à l'enfance, les végétations adénoïdes n'en sont cependant pas l'apanage exclusif, car Cuvillier a pu

en réunir un certain nombre de cas développés chez les adultes. C'est surtout de 3 à 6 ans que se montre la maladie mais on peut la trouver aussi, malgré ce que disent certains auteurs, chez des enfants au-dessous de cet âge ; sur 232 cas observés par Chaumier, en 1891, 18 enfants avaient de 1 à 2 ans et 26, 1 an et au-dessous, et un d'entre eux n'avait que six semaines. Chaumier ajoute que « la plupart des parents faisaient remonter à la naissance ou à une époque peu éloignée d'elle, la plupart des symptômes. Les parents des enfants plus grands émettaient le même avis. »

Elle se rencontre aussi bien chez les filles que chez les garçons, et comme pour l'hypertrophie des amygdales palatines, le lymphatisme est une cause prédisposante. L'hérédité joue aussi un grand rôle, soit en créant de toutes pièces l'affection, soit en transmettant un terrain plus propre à son développement. Souvent, Balme et Bartoli en rapportent plusieurs exemples, on la trouve sur plusieurs enfants d'une même famille, et on en retrouve fréquemment les traces sur les parents, tout au moins sur l'un d'eux.

Balme divisait les végétations adénoïdes en trois types : la forme en masse, la forme disséminée, la forme mixte, réunion d'une tumeur de la voûte avec des végétations latérales. Calmettes, se basant sur la prédominance des symptômes sur certains appareils, formait trois catégories, les végétations à troubles respiratoires, les végétations à troubles auriculaires, enfin une troisième catégorie mixte, la plus fréquente. Ruault, en prenant en considération l'âge auquel s'est développée l'affection et son étiologie, distingue un certain nombre de formes cliniques. Il fait d'abord une grande division et sépare les formes pré-

coces des formes tardives Dans les premières il place la forme précoce primitive, variété infantile qui apparaît dès les premiers jours de la vie, et dans laquelle tout le tissu adénoïdien bucco-pharyngien est atteint par l'hypertrophie. La forme précoce secondaire, consécutive aux fièvre éruptives, à la coqueluche, la diphtérie, la scarlatine surtout. Dans une deuxième division, la forme tardive primitive « succédant à des poussées catarrhales aiguës ou subaiguës non spécifiques » et enfin la forme tardive secondaire apparaissant chez des sujets âgés de douze à quinze ans et consécutive à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, à la scarlatine.

A chacune de ces formes cliniques correspond un type distinct, car suivant l'âge auquel elle débute, elle arrivera à produire des désordres plus ou moins graves, des déformations de la face et du nez, du thorax, de la colonne vertébrale même, plus ou moins accentuées. C'est la forme précoce primitive qui est la plus fréquente, c'est aussi elle qui est la plus grave; car si l'amygdale pharyngée est suffisamment hypertrophiée dès la naissance pour obstruer d'une façon complète l'orifice postérieur des fosses nasales, la respiration par le nez ne peut plus se faire, il devient impossible à l'enfant de tetter et par suite de se nourrir; c'est cette forme encore qui produit les désordres les plus graves.

Comme pour les amygdales palatines, l'amygdale pharyngée n'a pas un volume constant, mais son volume est excessivement variable, en dehors de tout état pathologique suivant les sujets, et surtout suivant l'âge des sujets. Nous avons vu que Trautmann admet qu'elle atteint son maximum de développement à l'âge de 16 ans, il diminue ensuite chez beaucoup d'adultes; Luc et Dubief

sont cependant d'un avis contraire et pour eux cette régression se ferait beaucoup plus tard et serait sous la dépendance de phénomènes d'artério-sclérose. Il ne faut donc pas donner la dénomination de tumeurs adénoïdes ou de végétations adénoïdes à une amygdale pharyngée dont le volume aura dépassé un peu la normale, mais il faut réserver ce terme au cas où l'amygdale pharyngée présente une augmentation de volume anormale, « suffisante pour amener des troubles fonctionnels en rapport direct avec elle ».

L'adénoïdien présente souvent un aspect caractéristique. « Regardez le malade que voici et que j'ai tenu à vous montrer, dit M. Gouguenheim dans une leçon à Lariboisière, car son aspect est bien caractéristique. Il a 20 ans, voyez comme sa figure est allongée et comme sa face est étroite : le nez est effilé et les ailes en sont rapprochées; il a la bouche constamment entr'ouverte, ses dents sont mal plantées et notamment les incisives qui sont imbriquées; enfin son maxillaire inférieur est très développé, si on le compare aux autres os de la face. » Mais s'il en est souvent ainsi chez un adolescent, car alors toutes les déformations sont bien établies, il n'en est pas de même lorsqu'on considère un enfant, car chez lui elles n'ont pas encore eu le temps de s'affirmer et il faut alors chercher les végétations adénoïdes qui donnent lieu à de nombreux troubles fonctionnels.

Ces symptômes sont nombreux et le résultat de bien des causes. En obstruant la trompe, les végétations adénoïdes produisent des bourdonnements d'oreilles, de la surdité et quelquefois même, lorsqu'elles se sont développées sur de très jeunes enfants, elles sont cause de surdi-mutité; trois fois sur cinq, nous dit Laverand,

l'ablation de végétations a rendu l'ouïe à des enfants sourds de trois à cinq ans, et par suite l'usage de la parole qu'ils n'avaient jamais eue. Sur cent élèves de l'Institut des sourds-muets, Peisson en trouve plus de la moitié qui avaient des hypertrophies adénoïdes dans le pharynx. Constamment on observe des troubles de la phonation, car la parole est altérée dans sa résonnance et dans son timbre, l'm et l'n sont prononcés comme le b et le d, les sons am, em, im, om, comme a, e, i, o. L'enfant ne dira pas : « Maman, je n'ai pas mal à mon nez », mais bien « Baba, je dai pas bal à bo dez » ; les nasales ne peuvent être émises, et Meyer disait de ces enfants qu'ils ont le langage mort.

Les végétations sont encore la cause de bien d'autres phénomènes graves : on rencontre des céphalalgies opiniâtres, de la torpeur intellectuelle, des névralgies, on a signalé l'incontinence d'urine nocturne, des spasmes glottiques, des attaques d'asthme bronchique véritable, des terreurs nocturnes comme étant les conséquences de cette affection qui a sur la santé générale un retentissement déplorable, car souvent les enfants sont chétifs, pâles, maigres, mal développés, faibles, anémiques, incapables d'efforts violents.

Tous ces phénomènes dans la grande majorité des cas sont sous la dépendance de l'obstruction naso-pharyngienne ; il en est un sur lequel nous allons insister plus particulièrement, la toux, pour la production de laquelle il faut incriminer à la fois les amygdales, l'action de l'air arrivant directement trop sec et trop froid sur le larynx, l'aspiration, pendant le sommeil, des mucosités abondantes qui s'accumulent dans la gorge. Cette toux peut même être le seul symptôme fonctionnel qui

attire l'attention, le seul trouble que l'on demande à voir disparaître, car d'une durée très longue, nous avons observé des enfants qui toussaient depuis trois ans, elle inspire des craintes sérieuses, fait errer le diagnostic, fait soupçonner la phthisie, et si par hasard l'excoriation des végétations adénoïdes provoque un léger écoulement de sang qui vient rougir un peu la salive, le soupçon se change en certitude.

Beaucoup d'auteurs ont appelé l'attention sur cette toux sans cependant insister sur sa fréquence et sur son importance, et pourtant l'intensité de cette toux joue un rôle considérable dans la pratique médicale quotidienne. Elle peut revêtir tous les caractères, elle peut comme dans la bronchite être fréquente, grasse, et chez les enfants assez âgés s'accompagner d'excrétion, car elle peut avoir pour but de rejeter un produit de sécrétion et être la manifestation du besoin d'écarter un obstacle. Très souvent, en effet, lorsque l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée est devenue chronique, chez des enfants de 5, 6, 10 ans, au simple examen, en déprimant la langue, on peut voir une nappe de muco-pus qui descend du nasopharynx venant de la voûte. Joulain a attiré l'attention sur ce signe et en fait même un élément de diagnostic ; si on enlève cette couche avec un peu de ouate on voit la muqueuse pharyngienne rouge, turgescente, et par la rhinoscopie postérieure on aperçoit l'amygdale pharyngée rouge, enflammée, tomenteuse.

La toux peut dans d'autres cas être dure, éclatante, se répétant par quintes et prendre quelquefois le type coqueluchoïde ; les quintes sont fréquentes mais elles le sont surtout le soir, la nuit et au réveil, c'est-à-dire aux moments où les mucosités s'amassent dans le

pharynx, et elles reviennent, alors que l'enfant, gêné absolument, éprouve le besoin de se débarrasser de cet obstacle. Mais la trachée n'est pas sensible comme dans la coqueluche. Comme nous l'avons dit plus haut, si chez un coquelucheux on presse cet organe avec le doigt on détermine aussitôt et presque fatalement une quinte, un accès révélateur de l'affection ; ici rien de pareil, la pression pourra être désagréable, le plus souvent elle ne déterminera rien et laissera le malade tout à fait indifférent.

On pourra encore observer la toux étouffée sourde du croup et le caractère le plus saillant de ces accès de toux est d'être à répétition, de ne se calmer que lorsque les mucosités, détachées par les efforts, auront pu être expulsées, ou bien avalées par les enfants malhabiles, à cracher. Les parents disent volontiers que l'enfant a la poitrine grasse.

La toux que l'on rencontre cependant le plus souvent encore est une petite toux fréquente, sèche, rappelant la toux que l'on trouve si souvent au début de la tuberculose pulmonaire, et ici il faut être prudent, car beaucoup d'autres signes peuvent égarer votre diagnostic.

Et d'abord ce sont les renseignements que vous recueillerez en étudiant le passé pathologique de votre malade. En effet la plus fréquente peut-être de toutes les complications des végétations adénoïdes, est la facilité avec laquelle les enfants contractent des refroidissements et s'enrhument. Ils sont extrêmement susceptibles au moindre changement de température ; un léger courant d'air, des bottines humides et l'enfant prend froid ; des circonstances extérieures insignifiantes les impressionnent ; ce sont, suivant l'expression de Chaumier, de véritables sensibles par

rapport aux variations thermiques de l'atmosphère ambiante.

Sur 169 malades observés par Bartoli, 119 étaient sujets aux rhumes, aux bronchites à répétition, et 15 avaient toujours toussé plus ou moins, avec des recrudescences de temps à autre, depuis les premiers moments de leur vie. On verra aussi dans nos observations avec quelle fréquence on note les rhumes et les bronchites dans les antécédents de cette catégorie d'enfants. Conséquences ici d'un refroidissement, ces bronchites peuvent être aussi produites par la propagation de proche en proche du processus inflammatoire qui, descendant, gagnera ainsi le larynx, la trachée, les bronches même, puisqu'il n'existe entre les muqueuses naso-pharyngienne, laryngo-trachéale et bronchique aucune solution de continuité, par conséquent aucun obstacle à l'extension d'une affection primitivement locale.

Ces bronchites sont graves, car dès qu'un enfant a une bronchite, surtout s'il est affaibli préalablement, comme c'est le cas pour beaucoup d'enfants porteurs de végétations adénoïdes, il est menacé par la broncho-pneumonie. Tous ces rhumes sont de longue durée et les récurrences sont fréquentes.

Dans l'étude même des symptômes de la maladie, on peut en trouver qui, à côté de la toux, contribuent à fausser votre diagnostic ; c'est d'abord une expectoration sanglante.

Cette expectoration est assez rare, cependant Meyer l'a notée dans 15 % des cas. Coupard avait déjà remarqué et noté un écoulement continu de salive teintée en rose, colorée selon lui par de l'hémoglobine dissoute. La vascularisation des végétations adénoïdes est très forte, surtout le long de la muqueuse et dans la couche du tissu

sous-adénoïdien ; cette grande vascularisation des tumeurs, et une légère excoriation, suffisent pour expliquer cet écoulement de quelques gouttes de sang que l'on peut prendre pour une petite hémoptysie tuberculeuse. Et ce n'est pas tout, car Grancher a appelé l'attention sur un nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Il a remarqué que chez ces malades le type respiratoire changeait avec la manière de respirer ; bouche ouverte, le malade respirant librement, le type est costo-diaphragmatique ; bouche fermée, la région épigastrique se déprime, le type respiratoire devient costal supérieur. La prise d'air est devenue insuffisante, le malade lutte. A l'auscultation on constate des troubles équivalents. Bouche ouverte, le murmure est doux, ample, normal en un mot ; fermée, le murmure devient obscur, voilé, et, dit Grancher, « l'on peut craindre, si l'on n'est prévenu, la tuberculose pulmonaire. » Eustache Schmit dit même que l'on peut trouver une résonnance défectueuse, avec de la respiration faible dans la fosse sus-épineuse d'un côté, s'étendant un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, symptômes de collapsus du sommet du poumon. On peut entendre aussi, d'après lui, à la partie supérieure de la poitrine, une respiration creuse propagée depuis le pharynx.

« Si ce phénomène, dit Schmit, s'ajoute à un son très altéré obtenu par la percussion, dû au collapsus du poumon, on pense de suite à une maladie grave. »

Pour expliquer ces phénomènes, il fait intervenir un élément nerveux, trouvant insuffisant de les expliquer par le seul fait de l'obstruction nasale empêchant le libre passage de l'air par le nez ; l'air arrivant dans les poumons en trop petite quantité pendant le sommeil, car à

ce moment l'enfant revient instinctivement à la respiration nasale, ne suffirait plus à dilater toutes les cellules.

Pour Schmit, les stimuli propagés à travers le nerf laryngé supérieur provoquant l'expiration, l'inspiration l'étant par des stimuli dirigés de bas en haut à travers ce même nerf et le glosso-pharyngien, si une certaine excitation s'exerce continuellement à la périphérie de ces nerfs, l'entrée de l'air sera considérablement gênée, et, par suite, la dilatation complète des poumons n'aura pas lieu, leurs fonctions s'accompliront moins bien et leur développement naturel souffrira.

Nous avons vu que la toux, des crachats sanglants, des symptômes stéthoscopiques pouvaient se trouver réunis pour conduire à un faux diagnostic ; l'état général que l'on observe peut encore contribuer à vous faire porter ce diagnostic de tuberculose avec le pronostic qu'il entraîne. L'organisme tout entier peut ressentir les funestes effets des végétations adénoïdes et de l'incapacité respiratoire qui résulte de l'obstruction du naso-pharynx.

Nous avons dit que les enfants sont souvent pâles, maigres, chétifs, anémiques, de plus la suppression de la respiration nasale, pendant les années qui correspondent à la croissance, entraîne l'arrêt de développement de certaines régions et de ces arrêts de développement résultent des vices de conformation qui vont en s'accroissant des premières années de la vie à l'adolescence. On trouve fréquemment des déformations de la poitrine décrites par Dupuytren, par Alph. Robert, qui les croyaient dues à l'hypertrophie des amygdales, le thorax est déformé, plan, même quelquefois concave, les régions latérales sont aplaties tandis que le sternum fait une saillie et dans les cas accentués est même courbé en avant à sa

partie médiane, c'est la poitrine en carène, la poitrine de poulet, disait Dupuytren. On peut même trouver des déviations de la colonne vertébrale, les malades se tenant courbés en avant, voûtés et présentant souvent une saillie des deux épaules ou d'une seule. Redard a même signalé des cas de scolioses dorsales. Mais les déformations les plus caractéristiques sont celles de la face et du nez, et des déviations dentaires : le diamètre transversal de la bouche étant très réduit par rapport à l'antéro-postérieur, l'arcade alvéolaire fait une saillie en avant; les dents, ne trouvant plus la place nécessaire pour se ranger, chevauchent les unes sur les autres et les incisives projetées en avant soulèvent la lèvre supérieure. C'est le facies adénoïdien si particulier que nous avons déjà vu décrit par Gouguenheim.

On peut encore trouver, comme chez les enfants tuberculeux, des adénopathies cervicales, car des lymphatiques se rendent aux ganglions qui occupent l'angle de la mâchoire inférieure. Ces ganglions sont souvent plus ou moins tuméfiés, on en rencontrera ordinairement un de chaque côté, quelquefois tout un chapelet.

La toux due à la présence des végétations adénoïdes peut enfin revêtir le caractère d'une intensité excessive, ce sont des accès très bruyants, pouvant provoquer parfois des efforts de vomissement, provoquer le vomissement même ; c'est encore une toux d'un son sec, monotone, se reproduisant sans cesse malgré l'intégrité absolue des organes thoraciques ; le murmure vésiculaire est absolument normal, il n'y a aucun retentissement de la toux, on n'entend aucun râle, aucun bruit anormal ; et à cause même de cette absence absolue d'autres signes, à cause

de cette persistance de la toux, on pense à une toux d'origine nerveuse, à une toux hystérique.

Les causes de cette toux, nous l'avons dit, sont multiples. L'obstruction de l'orifice postérieur des fosses nasales par la tumeur empêche la respiration de se faire par le nez, l'air n'a pas le temps d'éprouver l'élévation thermique nécessaire, ni aussi de subir cette espèce de filtration qui le débarrasse des poussières, il arrive trop sec, trop froid, trop vite et trop directement sur le larynx et peut ainsi, par l'irritation qu'il provoque, déterminer de la toux. Il faut aussi incriminer les amygdales palatines dont l'hypertrophie accompagne si souvent les végétations adénoïdes. Leur accroissement de volume à lui seul est capable de provoquer des réflexes tussigènes, des accès de toux quinteuse, et il est possible également que le contact répété de l'épiglotte et d'un prolongement amygdalien amène la toux par irritation, soit de l'amygdale, soit de l'épiglotte.

La luette, elle aussi, peut être hypertrophiée, et en venant chatouiller la base de la langue, déterminer ainsi une toux nerveuse, excessivement tenace. L'on sait que la toux survient fréquemment comme symptôme des maladies du nez ; de recherches minutieuses, Mackenzie conclut qu'il existe dans les fosses nasales une zone tussigène bien définie dont l'excitation est susceptible de provoquer la toux, cette zone correspond, d'après lui, à la portion de la pituitaire qui tapisse l'extrémité postérieure du cornet inférieur et la moitié postérieure de la cloison.

Mais toutes ces causes ne sont que des causes accessoires, la plus fréquente, la principale cause de toux est la présence de ce catarrhe naso-pharyngien que nous

avons dit exister si souvent chez les individus porteurs de végétations adénoïdes. Ces mucosités gluantes qui descendent de la voûte, le long de la paroi postérieure du pharynx, irritent cette paroi, irritent aussi l'entrée du larynx, et elles produisent des accès de toux. Si pendant le jour, dans la station verticale, ces mucosités peuvent sortir et trouver un écoulement plus facile, il n'en est pas de même dans le décubitus de la nuit, elles stationnent, elles séjournent sur toutes ces parties si excitables, et cela nous explique pourquoi ces quintes sont surtout fréquentes pendant la nuit et le matin au réveil. Cela nous explique aussi pourquoi ces quintes reviennent plus fréquemment à certaines époques qu'à d'autres, c'est qu'à la plus petite cause, au moindre refroidissement, le catarrhe va augmenter et consécutivement augmenteront l'irritation et l'embarras de la région pharyngée.

Pharyngite granuleuse

La pharyngite granuleuse, bien qu'accompagnée très fréquemment de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, se développe cependant très facilement chez les enfants. On l'avait longtemps regardée comme un apanage de l'âge adulte, car on admettait pour son développement des circonstances étiologiques, tabac, alcool, discours, chant; etc., que l'on ne pouvait rencontrer chez l'enfant. « Elle existe cependant et bien que les enfants, comme le fait remarquer Ruault, ne fument pas, ne boivent pas; bien qu'ils ne fassent ni sermons ni discours, leur pharyngite granuleuse a les mêmes lésions et le même processus que chez les adultes; elle ne tient pas aux mêmes causes, voilà tout. » Comme pour l'hypertrophie amygdalienne et les végétations adénoïdes il faut attribuer ici une action prédominante au tempérament lymphatique.

Certains auteurs ont insisté sur l'influence de l'hérédité; on lui a reconnu pour origine l'action des poussières qui très souvent viennent irriter la muqueuse, et il est également probable que les fièvres éruptives, la rougeole surtout, qui s'accompagne d'un catarrhe rhino-pharyngien intense agissent ici comme cause favorisante. Mais presque toujours, et cela nous l'avons constaté sur presque tous les enfants atteints de cette variété d'angine, on trouvera

au moins une légère hypertrophie de l'amygdale pharyngée, un peu aussi des amygdales palatines, car c'est toujours la même maladie, l'hypertrophie de tout le tissu adénoïdien du pharynx, plus ou moins masquée en certains points, prédominant ici au niveau de la paroi postérieure du pharynx buccal.

Généralement indolente et trop légère pour attirer l'attention des parents ou du médecin, les symptômes s'établissent peu à peu sans donner lieu à aucune réaction. On ne reconnaîtra la maladie que si l'on examine la gorge et l'on verra alors la muqueuse le plus souvent un peu plus colorée, rouge, et une sécrétion muco purulente assez abondante.

Mais déjà à ce moment avant que l'attention soit appelée sur la gorge par quelque complication, légère surdité, catarrhe plus abondant, douleur, on peut constater un symptôme important parce qu'il vous déroute et peut vous amener à méconnaître la lésion principale, nous voulons parler de la toux. « L'angine glanduleuse dès la première enfance, dit Guéneau de Mussy, semble quelquefois s'annoncer par de fréquentes attaques de toux croupale », et il rapporte l'observation d'un enfant de 12 ans qui avait eu fréquemment dans son enfance des attaques de faux croup et avait conservé une disposition à des accès d'enrouement qui se répétaient plusieurs fois chaque année; il éprouvait de temps en temps un sentiment d'embarras à la gorge qui le portait à faire des expirations brusques et bruyantes. N. Guéneau de Mussy trouva dans son pharynx des granulations nombreuses et volumineuses.

Mais ce n'est pas toujours ainsi que débute la pharyngite et l'on peut trouver ici encore d'innombrables variétés de toux. Souvent elle s'annonce par une toux légère,

assez fréquente, surtout le matin, accompagnée chez les enfants déjà un peu grands, d'un besoin d'expuition ; elle ressemble à s'y méprendre à un rhume qui se guérit et l'on n'y prête pas d'attention.

Mais cette toux continue, l'enfant sent bientôt une légère sensation de gêne dans l'arrière-gorge, il fait des efforts pour s'en débarrasser, efforts quelquefois de déglutition, souvent de toux qui est alors toute gutturale et ne vient pas de la poitrine, elle a alors un timbre particulier, et on la désignait autrefois sous le nom de toux d'excrétion. C'est le hem des Anglais qui devient surtout fréquent si le malade parle trop.

Mais à cette toux ou plutôt ce mouvement guttural se joignent quelquefois de véritables quintes d'une toux laryngée, rauque, éraillée, déchirante comme âpre à l'oreille, sourde et presque croupale dans le cas d'aphonie, bruyante et retentissante dans d'autres circonstances. Joignez à cette toux si rebelle à tout traitement une légère altération de la voix, un peu d'enrouement, comme cela arrive le plus souvent dans la pharyngite, comme cela se voit assez fréquemment dans la phtisie et l'on s'explique les craintes et la frayeur de beaucoup de personnes. On peut aussi la confondre avec d'autres maladies, car dans les exacerbations de la pharyngite, la toux peut avoir la violence, l'intensité, la forme et la périodicité des quintes de coqueluche, elle survient par accès qui se répètent 8, 10 fois par jour et elle peut durer ainsi plusieurs semaines. Mais ici encore comme dans cette même variété que nous avons trouvée déjà avec les végétations adénoïdes, la trachée n'est pas sensible et cela permet d'éliminer rapidement le diagnostic de coqueluche.

La maladie continue, l'affection dans sa marche

descendante envahit le larynx et très souvent aussi la trachée et les bronches : la toux alors se développe si elle n'avait pas encore fait son apparition, ou bien elle s'exaspère, si ce symptôme avait marqué le début de la maladie ; elle revient alors ordinairement par quintes dont le timbre est variable et est sous la dépendance de l'état du larynx. Elle est en général rauque, enrouée, gutturale ; elle peut être aussi, si le larynx est libre, retentissante, et les quintes sont plus fréquentes et aussi plus violentes le soir et le matin,

Cette toux, due à l'angine glanduleuse et absolument rebelle à tout traitement d'ordre général, peut, si l'on n'est prévenu, éveiller des craintes sérieuses ; Auguste Ollivier, dans une leçon clinique, en rapporte un cas typique. Il fut appelé à donner des soins à un jeune lycéen qui depuis fort longtemps toussait « à faire pitié ». Longtemps il fut soigné sans succès et il avait subi des traitements de toute nature. Le médecin qui l'avait soigné jusqu'alors était arrivé à être tellement convaincu que l'enfant était tuberculeux, qu'il voulait à tout prix l'envoyer dans le Midi bien que l'auscultation ne montrât absolument rien de suspect et que l'état général fût satisfaisant. « Par acquit de conscience, dit Ollivier, j'examinai la gorge, il y avait une angine glanduleuse ; l'écoulement sur la paroi postérieure du pharynx de gouttelettes de pus gris jaunâtre en montrait le point de départ. On le vit mieux encore par l'examen rhinoscopique. Un traitement topique fut institué et tout disparut, la toux comme le reste. »

Catarrhe naso-pharyngien

Le catarrhe naso-pharyngien que nous avons vu accompagner l'hypertrophie des amydales, les végétations adénoïdes, la pharyngite granuleuse, catarrhe auquel nous avons attribué une grosse importance dans la production de la toux pharyngée, peut encore exister indépendamment de ces affections. Il peut être dû aux diverses affections qui portent sur les fosses nasales, rhinite hypertrophique, rhinite atrophique, il peut être dû encore à l'atrophie de l'amygdale pharyngée. Et en présence de ce catarrhe persistant, lorsque l'on verra la paroi postérieure du pharynx tapissée par une couche de muco-pus, d'une sécrétion qui peut devenir parfois tellement épaisse qu'elle a des tendances à se concréter en forme de croûtes, surtout pendant la nuit, on comprend bien qu'il y a une importance considérable à connaître la cause qui entretient ce catarrhe, catarrhe qui provoque à son tour des troubles fonctionnels souvent très pénibles. C'est surtout ce catarrhe qui produit cette toux fréquente et fatigante, la toux quinteuse dont les accès reviennent plus violents à certains moments déterminés, le soir au moment où l'enfant vient de se coucher, vers le milieu de la nuit et le matin au réveil.

C'est qu'alors ces mucosités gluantes qui pendant le jour et dans la station verticale peuvent trouver un libre

écoulement, dans la position horizontale, au contraire stationnent, viennent séjourner et s'accumuler à l'entrée du larynx provoquant ces accès de toux quinteuse excessivement pénibles qui ne cessent que lorsque l'enfant s'est au prix de ces efforts débarrassé de cet obstacle qui le gênait.

Pour Tornwaldt, ce catarrhe naso-pharyngien ne serait le plus souvent qu'un catarrhe de la bourse pharyngienne, de ce cul-de-sac qui se trouve sur la voûte du pharynx et qui a été bien étudié par Luschka. L'inflammation de cette bourse suffirait à elle seule pour provoquer cet abondant écoulement de mucus, ce catarrhe qui à son tour retentissant sur la muqueuse pharyngée produit et entretient une pharyngite granuleuse et provoque une toux fréquente qui peut reconnaître plusieurs mécanismes étudiés par Tissier, et affecter une physionomie différente suivant les cas.

C'est d'abord la toux mécanique pharyngée, la toux du matin provoquée par une sensation de chatouillement, d'embarras dans le rétro-pharynx et variant d'intensité suivant la nature, l'abondance et aussi la consistance de la sécrétion, bornée souvent à un simple râclement. Dans quelques cas cependant on peut observer des secousses violentes de toux expulsive, accompagnées de nausées, quelquefois de vomissements, lorsque le mucus est entraîné et descend jusqu'au vestibule du larynx ; si même ce mucus est très épais, très adhérent, on observera des quintes violentes, s'accompagnant d'une congestion de toute la face, de l'injection des conjonctives, quelquefois d'épistaxis, et qui ne cesseront que lorsque le mucus détaché sera expulsé ou avalé.

C'est aussi de la toux mécanique laryngée qui se produit

lorsque le mucus très fluide descend sur la portion interaryténôïdienne et ici c'est la muqueuse laryngée irritée qui est le point de départ du réflexe.

Ce peut être encore la toux réflexe causée par l'irritation locale que produit l'écoulement incessant du mucus sur les extrémités sensibles terminales des branches qui innervent la muqueuse pharyngée, irritation qui, se propageant soit par le pneumogastrique, soit par le glosso-pharyngien, soit par le trijumeau, provoque la toux, tout comme la provoque l'irritation de la muqueuse laryngée.

C'est donc souvent ce catarrhe naso-pharyngien qui produit la toux, c'est cette sécrétion qui entretient l'irritation, c'est elle qu'il faut tarir ; pour en débarrasser le malade, il est nécessaire de traiter l'affection qui le provoque, et l'on devra au moyen de la rhinoscopie antérieure, de la rhinoscopie postérieure, quand elle sera possible, en s'aidant au besoin du crochet de Voltolini, du toucher digital, faire le diagnostic de la cause provocatrice.

De quelques autres causes de toux pharyngée. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. — Hypertrophie de la luette.

Nous voulons simplement appeler l'attention sur quelques autres affections de la gorge qui, bien que moins fréquentes que celles que nous venons d'étudier, peuvent cependant se traduire fonctionnellement par de la toux. C'est d'abord l'hypertrophie de l'amygdale linguale qui peut donner lieu à une toux opiniâtre de cause pharyngée et dont le timbre peut ressembler à s'y méprendre au timbre de la toux de la tuberculose pulmonaire au début. Simple amas de tissu lymphoïde situé sur la base de la langue, cette amygdale linguale hypertrophiée se présente le plus souvent sous forme de grosses granulations et elle s'accompagne d'une hypersécrétion muqueuse qui est l'origine du hem.

Quelquefois les malades atteints n'ont qu'une simple tendance à râcler, d'autres fois au contraire ils sont fatigués par une toux quinteuse, spasmodique et presque continuelle ; parfois enfin il existe une sensation d'étranglement, de pression continue au niveau de la région antérieure du cou qui provoque chez beaucoup de malades une tendance à donner des secousses de toux éruptante pouvant faire croire à la toux hystérique.

Au laryngoscope on peut voir des saillies, dont quelques-unes sont en contact avec l'épiglotte ; les frottements

récioproques de la base de la langue hypertrophiée et de l'épiglotte. frottements qui s'effectuent à l'occasion des moindres mouvements de ces deux organes, seraient pour Gleitzmann la cause probable de cette toux rebelle ; pour Rice l'irritation des branches pharyngiennes et laryngée supérieure du pneumogastrique en est la cause. Ici encore nous croyons qu'il faut faire intervenir le catarrhe concomitant, l'hypersécrétion muqueuse qui accompagne toujours l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

Goureau rapporte deux observations de toux incessante rebelle à tous les traitements médicaux, qui disparut à la suite de la destruction par le galvano-cautère de l'amygdale linguale hypertrophiée.

Une toux obstinée peut encore être due à l'hypertrophie de la luette, hypertrophie produite par les mêmes causes que celles qui amènent l'hypertrophie de toutes les amygdales, et la pharyngite chronique. Egidi dit que le trouble le plus grave que puisse engendrer l'hypertrophie de la luette, est une toux nerveuse « tellement tenace, » qu'elle fait croire au malade qu'il est atteint d'une lésion » grave des poumons, et fait le désespoir du médecin » qui, méconnaissant la cause première des accidents, ne » parvient à leur apporter aucun soulagement. » Il rapporte quelques cas de ce genre qui, après avoir été longtemps traités sans succès par des moyens médicaux, furent rapidement guéris par l'uvulotomie.

Enfin, Leoni rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans, présentant une toux sèche, continue, remontant à l'enfance, ne pouvant être rattachée à aucune lésion bronchique et ayant résisté à tous les traitements. Leoni trouve une luette bifide, balayant la base de la langue. Il fait une uvulotomie et obtient une guérison radicale.

Diagnostic

Le diagnostic est donc quelquefois rendu difficile par ce fait que l'on peut être détourné de l'affection principale par ce symptôme de toux. Dès qu'un individu tousse, en effet, on recherche immédiatement les lésions pulmonaires, pleurétiques ou bronchiques, que l'on soupçonne. Si la plupart du temps le soupçon est fondé, il est des cas, cependant, où, malgré la plus minutieuse observation, l'on ne peut trouver dans l'état de la poitrine l'explication de cette toux, car la toux, même pénible, fréquente, souvent quinteuse, n'est pas nécessairement l'indice d'une affection grave des voies respiratoires. Certes, il convient toujours d'examiner très attentivement tout l'appareil respiratoire, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une toux quelque peu persistante; mais, si cet examen est négatif, il n'en résulte pas nécessairement par cela, que la toux est d'origine nerveuse ou viscérale, il faut songer à une toux pharyngée et très souvent on en trouvera l'explication par la présence de végétations adénoïdes, de granulations sur la paroi postérieure du pharynx, d'amygdales palatines hypertrophiées. Et il faut rechercher ces tumeurs adénoïdes chez les jeunes enfants, car il faut les combattre avant qu'elles aient produit des accidents sérieux, avant qu'elles aient produit des désordres graves, des lésions irrémédiables. Chaumier dit que le médecin devra les rechercher chez tous les enfants qui restent fréquemment la bouche ouverte, chez ceux qui ont des écoulements d'oreilles, chez ceux qui sont sourds à un degré quel-

conque, chez les sourds-muets, chez les arriérés et chez les idiots. Cet examen s'impose encore chez les enfants qui ont la poitrine grasse, qui gagnent fréquemment des rhumes et des bronchites, pour les asthmatiques, pour ceux qui ont un simple coryza chronique, qui reniflent, qui saignent souvent du nez, pour ceux enfin qui ont le sommeil agité, qui ont des cauchemars et des terreurs nocturnes. Chaumier aurait pu dire aussi qu'on devait les rechercher chez tous les enfants qui présentent une toux persistante, inquiétante, et à laquelle on ne peut attribuer la véritable origine.

Ce diagnostic a une grosse importance car l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée est une affection grave. Chez le tout jeune enfant, chez le nourrisson, la présence de végétations adénoïdes, même de la simple hypertrophie des amygdales palatines peut compromettre l'existence ; l'orifice postérieur des fosses nasales étant obstrué, la respiration par le nez devient impossible et dès lors l'enfant ne peut plus prendre le sein et il s'athrepsie rapidement. Chez l'enfant plus âgé nous avons vu quelles conséquences désastreuses il pouvait en résulter. Déformations de la face, du thorax, de la colonne vertébrale ; troubles oculaires même, car Laurens a signalé l'observation d'une fillette de 16 ans qui avait un strabisme convergent de l'œil gauche assez marqué et à déviation permanente causé par la présence de végétations adénoïdes, car leur ablation le fit disparaître ; Goureau a signalé un fait à peu près identique de strabisme externe de l'œil gauche guéri aussi par l'ablation de végétations. Troubles dyspeptiques, d'où résulte une nutrition défectueuse car le mucus sans cesse avalé par les enfants qui ne savent pas cracher affecte les organes de la

digestion, et les enfants vivent dans un état de dérangement gastrique perpétuel. Troubles respiratoires, attaques d'asthme de laryngite striduleuse. Troubles nerveux, car le sommeil agité, le réveil en sursaut, les terreurs nocturnes accompagnent fréquemment les végétations ; on a signalé aussi l'incontinence nocturne d'urine ; Kørner cite deux cas, l'un relatif à une jeune fille de 19 ans, l'autre à une enfant de 3 ans chez lesquelles l'ablation de végétations adénoïdes a suffi à faire disparaître une incontinence nocturne rebelle à tout traitement ; on a signalé encore la chorée, les convulsions, les maux de tête, des vertiges, et Chaumier s'efforce d'établir une relation entre l'hystérie et les tumeurs adénoïdes. Enfin beaucoup d'enfants atteints de cette affection restent arriérés, leur intelligence est paresseuse et quelquefois même deviennent des idiots.

Il y a donc un grand intérêt à rapporter la toux à sa véritable cause et à lui appliquer un traitement rationnel, c'est-à-dire à débarrasser le malade de ces tumeurs. D'autant plus d'intérêt encore que cette toux horriblement fatigante peut, peut-être, prédisposer à la phtisie pulmonaire, car la fatigue qui en résulte peut créer un terrain favorable au développement du tubercule. La végétation elle-même pourrait, elle seule, être une cause occasionnelle de tuberculose pulmonaire.

Cette question n'est pas encore résolue et est encore à l'étude. M. Dieulafoy a décrit la tuberculose larvée des amygdales qui a été confondue, d'une part, avec les végétations adénoïdes ; d'autre part, avec l'hypertrophie simple des amygdales. Inoculant à des cobayes des fragments de tissu adénoïde ou d'amygdales, le professeur Dieulafoy a obtenu des résultats tels, qu'il a pu en conclure que 12

fois sur 100 les hypertrophies amygdaliennes et 20 fois sur 100 les végétations adénoïdes sont tuberculeuses. Moure n'en trouve que 1 sur 8, Lesmoyez 1 sur 75, Brindel rencontre 8 fois sur 64 végétations des altérations tuberculeuses.

Et ce n'est pas là une tuberculose secondaire, mais bien une tuberculose primitive larvée. Les végétations adénoïdes et les amygdales hypertrophiées se rencontrent en effet chez des sujets lymphatiques, excellents terrains de culture pour le bacille tuberculeux; or ce bacille se trouve virulent dans les cavités nasales et l'amygdale ou le tissu adénoïde peuvent être infectés, alors même que l'épithélium est intact. Le bacille ainsi introduit dans la place peut alors évoluer et retentir sur le système ganglionnaire. Cette tuberculose ganglionnaire, dit M. le professeur Dieulafoy, peut s'arrêter dans son évolution et guérir, ou bien, sous l'influence d'infections secondaires, scarlatine, rougeole, coqueluche, évoluer vers la suppuration et se généraliser. Alors, de ganglions en ganglions, de réseaux en réseaux, le bacille arrive à la grande veine lymphatique ou au canal thoracique, est lancé dans la circulation veineuse, et par le cœur droit arrive enfin au poumon. C'est là une troisième étape, pendant laquelle le bacille pourra encore s'arrêter, d'où la guérison, ou continuer son évolution, d'où la vulgaire tuberculose pulmonaire.

Le fait seul de la présence de végétations adénoïdes ne suffirait-il pas à provoquer le développement de la tuberculose pulmonaire? Tous les microbes qui ont été signalés comme habitant la cavité du naso-pharynx, véritable carrefour des plus favorables à l'amoncellement et au développement des bactéries sont, dans les conditions physiologiques normales, le plus souvent inoffensifs; car

cette masse de tissu lymphoïde répandue à profusion dans le rhino-pharynx suffit à défendre l'entrée des voies supérieures grâce à sa fonction phagocytaire. Mais si ce tissu est atteint dans sa vitalité, si la muqueuse est atteinte dans sa structure, si l'organisme est affaibli, la force phagocytaire diminue et les cellules affaiblies peuvent devenir impuissantes à prévenir l'organisme contre l'invasion de microbes pathogènes. Des infections vont éclater et les régions avoisinantes vont être envahies.

Le diagnostic est donc très important et il est facile : lorsqu'un malade tousse, qu'après l'avoir longuement et minutieusement ausculté on a reconnu l'intégrité complète de l'appareil pulmonaire, il suffit le plus souvent de regarder sa gorge pour savoir si c'est là que se trouve la cause de cette toux, et si c'est bien de là que part le réflexe. On trouvera le plus souvent une hypertrophie des amygdales, une pharyngite granuleuse, des végétations adénoïdes ou fréquemment encore les trois réunies.

L'hypertrophie amygdalienne est bilatérale, les deux amygdales sont prises ; l'une est souvent plus développée que l'autre, on les voit tantôt saillantes, appendues quelquefois à un pédicule et plongeant alors parfois dans le pharynx si elles sont volumineuses ; tantôt, au contraire, restant encastrées dans leur loge où elles adhèrent par une large base, ce sont les amygdales enchatonnées. Il est quelquefois difficile de juger de l'hypertrophie de ces dernières car leur partie interne est peu de chose et elles se développent surtout dans le sens antéro-postérieur en écartant les piliers ; elles peuvent même constituer ce que Ruault appelle l'hypertrophie latente. Dans ces cas en portant l'abaisse-langue au contact avec l'épiglotte de façon à provoquer un effort de vomissement on voit les

amygdales subir ce mouvement de torsion sur leur axe que Chassaignac appelait un mouvement spiroïde et grâce auquel leur face interne devient antérieure. — Souvent plus pâle qu'à l'état normal, d'autres fois d'une coloration rouge foncé, livide ; la surface peut être lisse, polie ou plus ou moins grenue, quelquefois mamelonnée avec des dépressions larges et profondes. Par la palpation enfin, qui donne peu de renseignements mais qui ne doit pas être négligée, on apprécie la consistance molle et friable ou dure et fibreuse suivant les cas.

La pharyngite granuleuse se reconnaîtra aussi très facilement. Pour voir le fond de la gorge profondément sans occasionner de réflexe, il faut, suivant les préceptes qu'a donnés Moure, laisser la langue derrière l'arcade dentaire inférieure et déprimer fortement avec l'abaisse-langue le tiers antérieur de la langue sur le plancher, en priant l'enfant de respirer tranquillement. A la première inspection, le pharynx est généralement congestionné, rouge ; après quelques instants, le malade respirant tranquillement, la circulation collatérale se rétablit et l'on voit alors le véritable aspect de la région. Souvent l'on trouve une couche de muco-pus verdâtre, produit du catarrhe qui accompagne la pharyngite granuleuse, on l'enlève et l'on voit alors une muqueuse pharyngienne injectée, d'une coloration variable, quelquefois rouge purpurin avec des taches morbilliformes. Cette muqueuse est perlée de petites saillies arrondies semi-pellucides, plus rarement rouges, ce sont les granulations. Elles ressemblent, dit Guéneau de Mussy, à des œufs de poisson et tranchent en général par leur aspect luisant sur la teinte plus mate de la membrane muqueuse.

Pour les végétations adénoïdes enfin on s'assurera de

leur présence par le toucher digital. On verra souvent du catarrhe naso-pharyngien ; l'attention pourra être attirée quelquefois par une projection en avant du voile du palais, souvent par ce fait que la voûte palatine a une forme ogivale excessivement prononcée.

Par la rhinoscopie antérieure, procédé difficile et qui ne donne souvent aucun résultat chez les enfants, on pourra quelquefois apercevoir les végétations ; la rhinoscopie postérieure est, elle aussi, impraticable chez presque tous les enfants ; néanmoins quelquefois par ce moyen on peut voir le pharynx rempli par des tumeurs rougeâtres, irrégulières ; le toucher digital seul permet d'apprécier la forme, le volume, la consistance des végétations.

Pour pratiquer ce toucher il n'est nullement besoin comme l'indique Ruault de placer un coin en bois entre les molaires pour obliger l'enfant à garder la bouche ouverte. La tête du patient appuyée sur la poitrine de l'explorateur est entourée par le bras gauche qui la maintient solidement. Avec l'index de cette main on repousse la joue entre les dernières molaires, l'enfant ne pourra ainsi refermer la bouche. L'index droit est introduit profondément et contourne le voile du palais ; et au lieu de se mouvoir dans une cavité libre, il tombe sur un « paquet de vers de terre », il éprouve la sensation d'un corps mou, à surface irrégulière, mamelonnée, souvent tellement friable qu'il reste dans les rainures de l'ongle une sorte de bouillie qui est du tissu adénoïde écrasé. Le doigt est toujours, quand il existe des végétations, ramené couvert de sang et de mucus.

C'est en se basant sur ces signes physiques, en explorant ainsi le pharynx et la cavité rhino-pharyngienne que l'on arrivera à formuler un diagnostic précis auquel les

symptômes fonctionnels seuls ne peuvent nous faire aboutir. En procédant ainsi, on ne prendra plus pour des tuberculeux ou des coquelucheux, des enfants atteints d'une grosse toux, fréquente, quinteuse ou spasmodique et on ne s'exposera pas à les droguer, à les tenir à la chambre, à faire de la révulsion à leur rubéfier le dos ou la poitrine sans amener aucune amélioration dans cette toux qui cédera au contraire le plus souvent rapidement et facilement sous l'influence d'un traitement local approprié.

Ce traitement est du reste fort simple. Il ne faut pas songer dans la plupart des cas à un traitement médical. S'il s'agit d'hypertrophie amygdalienne et si les amygdales volumineuses sont pédiculées ou pendantes, si elles sont saillantes, fermes, pâles et peu vasculaires, on doit donner la préférence à l'amygdalotomie; la discision doit être le procédé de choix lorsque l'hypertrophie accompagne l'amygdalité lacunaire, mais elle ne suffit pas cependant et doit être complétée par l'ignipuncture avec le galvano-cautère ou le thermo-cautère de Paquelin; on doit enfin traiter encore par la cautérisation les amygdales enchatonnées.

Le seul traitement des végétations adénoïdes est l'ablation radicale et complète de tout le tissu malade. Cette opération, dont nous ne décrirons pas le manuel opératoire, est le plus souvent fort simple; deux ou trois coups de pince suivis d'un curettage suffisent généralement à dégager d'une façon complète la cavité du rhino-pharynx obstruée. Lorsque l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée coïncide avec une hypertrophie des amygdales palatines et une pharyngite granuleuse, il faut d'abord procéder à l'ablation des végétations adénoïdes, car souvent à la suite de cette opération le volume des amygdales palatines dimi-

nue rapidement et la pharyngite se guérit sans exiger d'autre traitement. Si les granulations de la paroi postérieure du pharynx sont très volumineuses on peut les cautériser avec le galvano-cautère ou le thermo-cautère, on peut aussi commencer d'abord par faire disparaître le catarrhe qui le plus souvent accompagne et entretient la pharyngite, et le meilleur moyen pour obtenir ce résultat est de badigeonner le fond de la gorge avec une solution aqueuse iodo-iodurée.

La pharyngite granuleuse et le catarrhe concomitant pourront cependant être améliorés, guéris même, par l'usage des eaux sulfureuses. Il est bon, du reste, de faire suivre l'ablation des végétations et des amygdales, affections qui ont toujours un certain retentissement sur la muqueuse pharyngée, d'un traitement propre à rendre à cette muqueuse toutes ses propriétés. Buron, dans sa thèse, dit que l'on peut voir tous les ans un certain nombre de malades affectés de pharyngite chronique, qui, après une saison ou deux dans une station thermale, rentrent dans leur foyer dans un état de guérison complète ou au moins d'amélioration notable. N. Guéneau de Mussy, lui aussi, dans son *Traité de l'angine glanduleuse*, recommande la médication sulfureuse, et il rapporte dix-huit observations de malades atteints d'angine glanduleuse, absolument guéris par l'action de l'eau sulfureuse des Eaux-Bonnes. Et il recommande plus particulièrement cette station « parce que, dit-il, ces eaux réunissent un ensemble de conditions éminemment favorables dans les maladies des voies respiratoires et me paraissent justifier la préférence traditionnelle que leur accordent depuis plusieurs siècles les médecins dans les affections de cette nature. »

Hypertrophie des amygdales

Observation I

In mémoire de Ruault sur quelques phénomènes
névropathiques réflexes d'origine amygdalienne. — Communiquée
par M. Brissaud.

Un jeune garçon de 8 ans, d'apparence assez chétive, soigné par M. Brissaud, est réveillé chaque nuit par un accès de toux de durée variable. L'examen de la poitrine, répété à plusieurs reprises, est négatif. Le nez est perméable, il n'y a aucun signe qui puisse faire songer à la présence de végétations adénoïdes du pharynx, ou à une lésion nasale, mais les amygdales sont hypertrophiées.

La santé se maintient assez bonne, malgré la persistance de la toux, et n'est troublée que par des poussées d'amygdalite. Les amygdales sont traitées par l'ignipuncture. Dès la première cautérisation la toux cesse et n'a plus reparu depuis.

Observation II

Ruault.

Une fillette de 9 ans, pâle et maigre, atteinte à la fois d'insuffisance aortique et de dilatation de l'estomac, m'est adressée par M. le professeur Bouchard au mois de mai 1887. Depuis quelque temps, cette fillette tousse, surtout dans la soirée. L'examen de la poitrine ayant été négatif, M. Bouchard examine la gorge, constate une hypertrophie des amygdales et pense qu'elle est la cause des accès de toux. Dès le lendemain de mon premier examen, je fais la première cautérisation ignée. La toux augmente sensiblement d'intensité pendant

quelques jours. Quatre séances, suivies chacune d'une légère recrudescence de la toux, suffirent pour ramener les amygdales à leur volume normal. Quelques jours après la dernière cautérisation, la toux disparaît et ne revient plus.

Observation III

Jean G..., 9 ans, vient à la clinique le 20 août 1896. Depuis longtemps rhumes et bronchites excessivement fréquents. A ce moment toux grasse, fréquente. Dans les intervalles santé excellente, mais l'enfant est fatigué par une toux continue un peu quinteuse.

Il se plaint aussi d'éprouver de fréquents maux de tête.

A l'examen on trouve les amygdales rouges, hypertrophiées.

Le 27 août on pratique l'amygdalotomie.

Le malade revient huit jours après, la toux a beaucoup diminué et ne le gêne plus.

Observation IV

Léontine Ch..., 7 ans 1/2, vient consulter le 31 octobre 1896. Dans ses antécédents personnels on note rougeole à l'âge de 3 ans, variole à 4 ans.

Depuis son enfance elle est très fréquemment enrhumée. Elle n'a jamais souffert de la gorge, mais depuis 4 mois, toux quinteuse, les quintes sont surtout fréquentes le matin au réveil ; lorsqu'elle court, qu'elle fait un exercice un peu violent, elle s'essouffle vite, et à ce moment les quintes deviennent plus fortes.

Examiné au point de vue pulmonaire, le murmure vésiculaire est absolument normal partout ; la trachée n'est pas sensible à la pression.

La voûte du palais est un peu en ogive. La respiration par le nez se fait bien.

On note un ganglion derrière l'angle du maxillaire inférieur gauche.

A l'examen, on constate une amygdale gauche rouge, enchaînée,

Le 6 novembre, cautérisation avec le galvano-cautère.

Le 13 novembre, la toux est beaucoup diminuée, les quintes sont moins fréquentes, on en note cependant encore quelques-unes le matin.

Observation V

Jeanne D..., âgée de 5 ans, vient à la Clinique le 14 août 1896.

Depuis longtemps éprouve quelques légers troubles respiratoires, un peu de difficulté à respirer par le nez, bien que le passage par les fosses nasales soit assez libre ; elle a toujours la bouche légèrement entr'ouverte.

La nuit, elle ronfle, et quelquefois elle est prise de petits accès d'oppression sans gravité.

Ce qui la fatigue le plus, et ce dont elle se plaint surtout, est une toux fréquente, sèche, qui revient par quintes convulsives. Les quintes, assez espacées durant le jour, reviennent plus nombreuses et plus violentes, le soir en se couchant, le matin au réveil et vers le milieu de la nuit.

Auscultation négative.

A l'examen on trouve de grosses amygdales rouges, encha-tonnées, les piliers écartés l'un de l'autre. Par le toucher on trouve une très légère hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

Le 21 août on cautérise les amygdales et d'un coup de pince on extrait quelques petites végétations.

Observation VI

Marguerite G..., 22 mois, amenée à la clinique le 23 août 1895.

Depuis assez longtemps la respiration nasale est très gênée, l'enfant prend bien le sein mais ne peut le conserver longtemps. Elle a constamment la bouche entrouverte.

Elle digère mal et maigrit depuis quelque temps. Tousse fréquemment, surtout la nuit, par secousses isolées, et a quelquefois des crises d'étouffements.

A l'examen on trouve une hypertrophie assez considérable des amygdales et au toucher quelques très légères végétations adénoïdes.

On enlève les amygdales.

Le 6 septembre, l'enfant va bien, ne tousse presque plus et reprend peu à peu son embonpoint.

Le 28 septembre, cautérisation des amygdales.

Revu le 30 novembre. La respiration se fait très bien, l'état général est excellent, la toux a complètement disparu.

Observation VII

Marthe E..., âgée de 7 ans. Pas d'antécédents, sauf rhumes très fréquents. Depuis trois ans, quintes de toux nocturnes, accès assez violents, type coqueluchoïde sans reprise sonore, se produisant surtout vers le milieu de la nuit et le matin, au réveil.

L'enfant respire bien, elle n'a pas de troubles respiratoires, pas de ronflement. On ne constate chez elle aucun autre symptôme, aucune déformation.

A l'examen, on trouve les amygdales rouges, hypertrophiées. Après plusieurs séances de cautérisation au galvano-cantère, les quintes de toux disparaissent.

Végétations adénoïdes

Observation VIII

Maurice B..., 14 mois, vient consulter le 30 octobre 1896.

Cet enfant a eu la coqueluche il y a six mois. Quintes d'une violence excessive et fréquentes pendant trois mois. Depuis lors, les quintes sont moins fréquentes, moins violentes, mais l'enfant tousse encore souvent, et les quintes conservent à peu près le même caractère. Parfois, cependant, la toux est grasse. Les quintes se reproduisent plus fréquemment la nuit et le matin, au réveil.

Examiné par un médecin, puis à la consultation des Enfants-Malades, on n'a rien constaté d'anormal dans les poumons. Le

murmure vésiculaire est partout absolument normal. L'état général est, du reste, excellent.

A l'examen, on remarque que l'enfant tient constamment sa bouche ouverte, fait qui n'a pas été remarqué par la mère, qui se préoccupe uniquement de la toux.

Les fosses nasales sont cependant perméables, et l'enfant se porte bien.

La pression sur la trachée ne réveille aucune quinte.

Pas de déformation, aucun trouble.

On constate du catarrhe rhino-pharyngien, et au toucher des végétations adénoïdes.

Le 6 novembre on l'opère, 3 coups de pince et curettage.

Le 10 novembre, badigeonnage à la teinture d'iode. L'enfant tousse encore beaucoup.

Le 13 novembre, nouveau badigeonnage.

Le 20 novembre, les quintes sont un peu moins fréquentes, mais se reproduisent cependant encore, surtout le matin et dans le courant de la nuit.

Le 27 novembre, le pharynx est complètement dégagé ; l'enfant tousse moins, mais a encore quelques quintes la nuit.

Observation IX

In Thèse Bartoli.

18 juillet 1892. — Armand D..., 11 ans. Tousse depuis l'âge de 4 ans. Rougeole à 7 ans. Fait répéter quand on lui parle.

Jusqu'à 7 ans, a uriné au lit toutes les nuits ; rarement maintenant.

Jusqu'à 4 ans 1/2 il se trouvait mal en criant. Si on le contrariait il tombait à terre et restait sans connaissance, souple, sans mouvements ; cet état durait parfois 10 minutes ou un quart d'heure.

Actuellement, toux sèche, continuelle : il tousse quelquefois une heure sans cesser ; il tousse moins la nuit que le jour. Au sommet droit en arrière, inspiration un peu soufflante ; expiration prolongée, soufflante.

A gauche, rien au sommet, à la base expiration saccadée.

Poitrine bien conformée. Tuberculose très probable.

Palais à peine ogival; légère saillie de la cloison; amygdales petites; tumeurs adénoïdes.

Le 22; raclage au couteau de Schmidt.

5 août; 2^e raclage. Tousse moins.

Observation X

In thèse Bartoli.

24 mai 1892. — Yvonne B... a eu 2 ans le 17 mai. Coqueluche à 6 semaines. Tousse beaucoup la nuit; a presque toujours toussé. Palais excessivement ogival; ouvre la bouche jour et nuit. Quelques ganglions au cou.

Tumeurs adénoïdes.

10 juin. Premier raclage au couteau de Schmidt.

Le 17. 2^{me} raclage.

Le 22. Mange bien; dort bien; ne tousse presque plus; 3^{me} raclage.

Le 29. Grattage au doigt; presque rien.

6 juillet; 20 juillet; Ne tousse plus; va bien.

Observation XI

In thèse Bartoli.

5 juillet 1892. — Louis D..., 7 ans. A 18 mois, une bronchite; a presque toujours toussé depuis, a été enrhumé du cerveau. Reste rarement un mois sans tousser; vomit quelquefois en toussant.

Poitrine bombée près du sternum. Enfant très maigre. Ronsflement à l'auscultation.

Gros ganglions derrière les angles de la mâchoire et au-dessous; amygdales petites, violacées; granulations. Dort la bouche ouverte; souffle mal par le nez.

Le palais est peu ou pas ogival.

Tumeurs adénoïdes.

Le 9. 1^{er} raclage au couteau.

Le 13. 2^{me} raclage. Tousse un peu moins.

Le 18. Il ne tousse plus ; rien à l'auscultation. Au toucher on sent encore quelques irrégularités qui sont grattées avec l'ongle.

Le 23. Toucher du pharynx ; plus rien. L'enfant ne tousse plus.

Observation XII

In thèse Bartoli.

16 mai 1890. — Alphonse B..., 9 ans. — Bronchite à 5 mois, 2 ou 3 autres depuis ; rougeole. Il tousse tout le temps.

Gros ganglions au cou. Bouche ouverte nuit et jour.

Tumeurs adénoïdes. Il ronfle en dormant ; il renifle le jour.

Quelquefois l'été il se trouve mal plusieurs fois par jour.

Il a souvent des terreurs nocturnes. Quelquefois il restait vingt minutes les yeux ouverts sans reconnaître ses parents.

On touche facilement les yeux et le pharynx sans provoquer de réflexes.

Opération : 5 pincées ; on opère aussi son frère Paul : 5 pincées.

André (son frère), 27 mois. Rougeole à 7 semaines. Un gros rhume l'hiver dernier ; coqueluche il y a 5 mois.

Il y a un mois, toux rauque, était très oppressé (faux croup épidémique), cela a duré 3 ou 4 jours avec la toux rauque, puis il a toussé comme s'il avait eu un simple rhume ; depuis 8 jours, la toux a augmenté, on entend des sifflements à distance (j'ai vu cet enfant pendant son faux croup et en même temps deux petits voisins atteints de la même maladie ; j'ai vu, du reste, une épidémie de cette maladie qui, pendant quelques mois, a sévi dans tout le département d'Indre-et-Loire (Dr Chaumier),

Gorge rouge ; mucosités dans le pharynx ; palais un peu ogival ; on ne pratique pas le toucher.

La mère dit qu'André a des terreurs nocturnes depuis plus d'un an.

Observation XIII

Sylvain N..., âgé de 5 ans 1/2, consulte le 27 octobre 1895. En juin 1893 rougeole. Depuis cette époque il aurait eu,

au dire des parents, une pleurésie et une broncho-pneumonie. A cette époque il aurait eu une toux fréquente, par secousses isolées et non quinteuse qui ne l'a plus jamais quitté. Actuellement, bien qu'on ne trouve rien à l'auscultation, l'enfant tousse beaucoup.

Il dort la bouche ouverte, ronfle, se plaint beaucoup la nuit, sueurs nocturnes abondantes.

A l'examen on trouve des végétations adénoïdes.

Le 2 novembre. Ablation des végétations.

9 novembre. Tousse beaucoup moins, n'a plus de sueurs. Ne se plaint plus la nuit.

16 novembre. Badigeonnage teinture d'iode.

Revu le 13 janvier 1896. le pharynx est absolument libre. La toux a à peu près complètement disparu.

Observation XIV

Lucien Ch..., âgé de 10 ans.

Dans ses antécédents on note des rhumes excessivement fréquents s'accompagnant de coryza au moindre refroidissement.

Depuis 4 ans. toux fréquente, grasse comme toux de bronchite, s'accompagnant d'une expectoration assez abondante. Il tousse surtout la nuit.

Souvent aussi un exercice trop violent provoque des crises d'étouffements. La nuit réveillé par ces mêmes crises.

L'auscultation est négative, il a été longtemps soigné comme asthmatique aux Enfants-Malades.

La respiration nasale est abolie ; l'enfant tient constamment la bouche ouverte.

A l'examen, on trouve une amygdalite folliculaire et des végétations légères. On procède à leur ablation.

Le 16 octobre, on constate que le rhino-pharynx est absolument dégagé.

Le 16 novembre, l'enfant est absolument guéri ; il ne tousse plus ; il n'a plus un seul accès d'oppression.

Observation XV

Fernande P..., âgée de 10 ans $1\frac{1}{2}$, vient consulter le 13 novembre 1896. On est frappé par son aspect, c'est le type du facies adénoïdien ; narines pincées, base du nez élargie, circulation collatérale très active s'étendant jusque sur le front, maxillaire supérieur rétréci, dents mal placées, les incisives chevauchant l'une sur l'autre, les canines sont placées très au-dessus, la voûte palatine en ogive très accentuée, bouche constamment ouverte, obstruction nasale complète, prononciation défectueuse.

Depuis très longtemps, toux quinteuse rappelant le type coqueluchoïde. Les quintes sont peu fréquentes le jour, mais reviennent à intervalles assez rapprochés pendant la nuit, et surtout le matin, au réveil ; à ce moment, elles sont aussi plus violentes. Depuis 3 jours, l'enfant se plaint de douleurs dans l'oreille droite.

A l'auscultation, on trouve une respiration un peu rude dans le sommet.

A l'examen, catarrhe rhino-pharyngien, mucus très abondant, au toucher on tombe sur une grosse masse de végétations adénoïdes.

Le 20 novembre, ablation des végétations.

Revue le 27 septembre le pharynx est bien dégagé, on fait un badigeonnage à la teinture d'iode ; la toux a presque complètement disparu depuis quatre jours.

Blanche P..., 8 ans $1\frac{1}{2}$ sœur de la précédente. Elle aussi a des quintes de toux assez fréquentes se produisant surtout la nuit, comme sa sœur, mais avec moins d'intensité.

Facies adénoïdien moins accentué, l'obstruction nasale n'est pas absolument complète, elle a cependant constamment la bouche ouverte.

Depuis une quinzaine elle est prise la nuit d'accès d'étouffements qui la réveillent.

A l'examen on trouve des végétations adénoïdes.

Observation XVI

Thèse Bartoli.

2 juillet 1892. — Robert J..., 3 ans $1\frac{1}{2}$. A presque toujours toussé ; sujet aux gros rhumes et aux bronchites ; souvent

des sifflements entendus à distance. Souvent des maux de gorge.

Enfant très gros, nerveux; perd connaissance quand il est contrarié; Convulsions à 8 mois.

Dort la bouche ouverte. amygdales petites, granulations; tumeurs adénoïdes; palais ogival.

Le 8. Raclage au couteau de Schmidt.

Le 13. N'a plus la voix couverte et ne tousse plus; 2^{me} raclage.

Le 18. Ne tousse plus depuis le 1^{er} raclage; grattage au doigt: peu de chose.

11 octobre. Tousse depuis 3 semaines.

Végétations adénoïdes et Hypertrophie des amygdales

Observation XVII (Résumée).

Idem.

5 août 1891. — Louise D..., 15 ans, très pâle, très sujette aux maux de gorge et aux rhumes; tousse toujours. L'hiver dernier, influenza avec un point pleurétique (?).

Bartoli note des terreurs nocturnes, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité à gauche.

Grosse amygdale à gauche; un ganglion très gros du même côté derrière l'angle de la mâchoire. Tumeurs adénoïdes.

7 août. — Grattage avec le couteau de Schmidt.

Le 18 et le 4 septembre, deux autres grattages.

La toux a disparu et n'a plus reparu.

Elle redevint sourde et le 16 novembre on lui fit un nouveau raclage, après lequel la guérison complète survint.

Observation XVIII.

René L..., âgé de 4 ans 1/2. — 20 novembre 1896.

Dans ses antécédents on ne note que des bronchites très fréquentes pour la plus légère cause.

Depuis 2 ans toux continuelle, rauque, pas de quintes. Il tousse surtout le soir quand il se couche, vers le milieu de la nuit et le matin au réveil. Pendant ses bronchites la toux augmente de fréquence, devient grasse.

Il tient constamment la bouche entr'ouverte.

N'accuse aucun autre trouble.

Etat général bon. — Auscultation rien d'anormal.

A l'examen, végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales.

Observation XIX

Thèse Bartoli

24 février 1890. Alfred G..., 6 ans. Rougeole à 6 mois; coqueluche à 3 ans; 2 bronchites à 4 ans; depuis très longtemps tousse la nuit. Un médecin l'a dit atteint de bronchite chronique; un autre a dit que c'était la croissance.

Il fait souvent répéter quand on lui parle.

L'an dernier il se réveillait en peur.

Bouche ouverte; palais ogival.

Très souvent des maux de gorge; grosses amygdales; végétations adénoïdes visibles dans le pharynx.

Les tumeurs adénoïdes sont énormes, se déchirent facilement; on en enlève la plus grande partie avec l'ongle.

Lavages du nez.

Observation XX

Georges B..., 3 ans, vient consulter le 30 octobre 1896.

N'a jamais été malade; il y a 6 mois, pris d'une toux très fréquente. Examiné au mois d'août, on cautérise légèrement les amygdales, que l'on trouve hypertrophiées. La toux, à la suite de ce traitement, diminue, mais ne disparaît pas complètement.

Depuis un mois il tousse davantage, toux rauque, bruyante, fréquente surtout la nuit.

Assez souvent aussi, crises d'étouffement pendant la nuit.

Dort bouche ouverte, ronfle. La respiration nasale se fait cependant assez bien.

Quelques ganglions derrière l'angle du maxillaire inférieur.

Le palais est légèrement en ogive, mais le maxillaire supérieur n'est pas rétréci, et les dents sont bien placées.

Pas d'autres troubles.

A l'examen on trouve de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes.

Le 9 novembre on fait l'ablation des végétations.

Le 10 novembre, badigeonnage à la teinture d'iode. L'enfant tousse moins.

Le 14 novembre, nouveau badigeonnage. La toux a presque complètement disparu.

Observation XXI.

Jeanne L..., 5 ans, vient à la consultation le 11 février 1896.

Rougeole à trois ans. Ne s'est jamais plaint de sa gorge et depuis longtemps tousse toujours; toux sèche et continuelle, fréquente surtout le matin; à l'auscultation, murmure vésiculaire absolument normal.

Aucun autre trouble.

A l'examen on trouve l'amygdale droite rouge, hypertrophiée et des végétations adénoïdes.

Le 28 février, ablation des végétations.

Le 15 mars, elle tousse encore. Badigeonnage à la teinture d'iode. Cautérisation de l'amygdale droite.

Le 20 mars ne tousse plus.

Le 3 avril le pharynx est complètement dégagé.

Observation XXII

Lucienne C..., 8 ans.

Il y a deux ans, bronchite, depuis lors n'a cessé de tousser. Il y a un an, nouvelle bronchite et angine qui se compliquent, au dire des parents, d'une fluxion de poitrine (?) Guérit, mais conserve toujours une toux fréquente, surtout la nuit, sèche non quinteuse, mais se produisant par secousses isolées rappelant le hennage de la pharyngite granuleuse. Se plaint aussi de bourdonnements d'oreilles, l'audition est cependant normale.

A l'examen, amygdales hypertrophiées, végétations adénoïdes légères. On détruit les amygdales par la cautérisation, et la toux diminue.

Pharyngite granuleuse

Observation XXIII

Marceline F..., 12 ans 1/2. Depuis 1 an, toux très fréquente, quinteuse, quintes violentes et se produisant aussi bien le jour que la nuit. Mère très inquiète, craignant pour poitrine, consulte un médecin qui, ne trouvant rien à l'auscultation et constatant un état général très bon, écarte tuberculose et l'envoie à la clinique.

Depuis assez longtemps dort la bouche ouverte et ronfle.

A l'examen, catarrhe rhino-pharyngien abondant, toute la paroi postérieure du pharynx est tapissée par une couche de muco-pus verdâtre.

Ce pus enlevé on trouve des granulations sur la paroi postérieure, pas d'hypertrophie notable de l'amygdale pharyngée.

On constate un peu de rhinite. Les granulations détruites, la toux diminue.

Observation XXIV

Arsène M..., 11 ans, 13 novembre 1896.

Dans ses antécédents, rougeole... Depuis longtemps touse, toux rauque se produisant surtout le matin, sèche, traitée longtemps par potions, sans résultat. L'auscultation est négative.

Légers troubles respiratoires, consistant en petites crises d'étouffement la nuit ; le sommeil est agité.

Bouche ouverte, obstruction nasale.

Par intermittences dureté d'oreille avec bourdonnements.

A l'examen pharyngite fongueuse.

Le 20 novembre on enlève les fongosités.

Le 27 novembre badigeonnage à la teinture d'iode, la toux a presque complètement disparu ; il n'a plus eu une seule crise d'étouffement.

Observation XXV

Paul S..., 14 ans. Consulte le 13 novembre 1896.

Depuis deux ans hémage continuel, ne se produisant pas avec plus de fréquence le matin que le restant de la journée, mais cesse pendant la nuit. Pendant le jour il râcle avec une fréquence extrême.

Pas d'autres troubles.

A l'examen grosses granulations sur la paroi postérieure du pharynx. On les cautérise aussitôt avec le galvano-cautère.

Le 20 novembre on fait une nouvelle cautérisation, fréquence de la toux a beaucoup diminué.

Le 27 novembre l'enfant va très bien et ne tousse plus, on fait un badigeonnage à la teinture d'iode.

Observation XXVI

Louis S..., 14 ans. — 20 novembre 1896.

Depuis 3 mois toux, il râcle continuellement avec une fréquence beaucoup plus grande dans la matinée, moins la nuit, quelquefois toux quinteuse. Depuis longtemps il a un écoulement purulent des deux oreilles.

Bouche toujours entr'ouverte bien que les fosses nasales donnent un libre passage à l'air.

Légère atrésie de l'arcade dentaire, les incisives chevauchent l'une sur l'autre.

A l'examen pharyngite granuleuse et une très légère hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

Otorrhée double et perforation des deux tympans.

On détruit le jour même les granulations du pharynx avec le galvano-cautère.

Le 27 novembre. Badigeonnage à la teinture d'iode; l'enfant ne râcle presque plus.

Observation XXVII

Georges D. . . , 4 ans, 20 novembre 1896.

Il y a 3 ans, scarlatine. Il y a 1 an, bronchite, qui guérit vite, mais à la suite conserve une petite toux, sèche, fréquente surtout la nuit.

Il y a 6 mois, nouvelle bronchite, et depuis lors toux plus fréquente. Avant-hier, examiné à l'hôpital des Enfants-Malades, on ne trouve rien dans l'appareil pulmonaire.

Bouche ouverte continuellement, ronfle.

Pas d'autres troubles, pas de déformations.

A l'examen, amygdales hypertrophiées, enchatonnées, végétations adénoïdes, granulations nombreuses sur la paroi postérieure du pharynx. Le même jour on pratique quelques pointes de feu sur les amygdales enchatonnées.

Le 27 novembre, l'enfant tousse encore, on enlève les végétations adénoïdes.

Le 4 décembre badigeonnage à la teinture d'iode. Depuis trois jours l'enfant ne tousse presque plus.

Conclusions

Nous avons voulu appeler l'attention sur une variété de toux peu connue et peu étudiée : la toux pharyngée, symptôme que nous avons trouvé presque constant dans les maladies du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales ; nous l'avons surtout étudiée, parce que c'est là qu'on la retrouve le plus fréquemment, dans l'hypertrophie des amygdales palatines, les végétations adénoïdes, la pharyngite granuleuse.

Pour expliquer la toux pharyngée, il faut faire une large part au catarrhe naso-pharyngien qui accompagne si souvent ces affections.

Par son opiniâtreté, par sa durée, cette toux peut devenir inquiétante et faire songer à une affection grave ; par les nombreuses variétés que l'on peut observer, elle peut faire dévier le diagnostic. Des faits que nous avons observés, on peut conclure que l'on rencontre surtout la toux sèche, brève, fréquente, composée d'une seule saccade, rappelant la toux du début de la tuberculose pulmonaire ; et la toux quinteuse ou spasmodique presque identique à la toux de la coqueluche ou aux quintes de l'adénopathie trachéo-bronchique. Presque toujours, on peut noter cette particularité que la toux se produit avec plus de fréquence à certains moments : le soir, au

moment où l'enfant se couche; vers le milieu de la nuit, et surtout le matin, au réveil.

La recherche de l'affection qui produit cette toux a une grosse importance, car tous les traitements d'ordre général seront impuissants à faire disparaître la toux pharyngée, dont seul, un traitement local approprié pourra se rendre maître. Aussi, en présence d'une toux persistante, dont on ne peut expliquer l'origine, faudra-t-il toujours pratiquer avec soin l'examen de la gorge et du rhino-pharynx; et s'il existe une affection, la traiter.

Vu par le Président de la Thèse,
DIEULAFOY.

Vu :
Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

- ALVAREZ (Gonzalès). — Toux nocturne chez les enfants (Archivo de med. y cirugía de hos niños, 1885).
- AYMÉ. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie des amygdales. Thèse Paris, 1896.
- BALME. — De l'hypertrophie des amygdales. Thèse Paris, 1888.
- BARTOLI. — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Thèse Paris, 1892.
- BURON. — Pharyngite chronique. Thèse Paris, 1851.
- CALMETTES. — Les végétations adénoïdes du pharynx nasal. Gazette médicale, 1883.
- CHATELLIER. — Des tumeurs adénoïdes du pharynx. Thèse Paris, 1885.
— Maladies du pharynx nasal. Paris, 1890.
- CHAUMIER. — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. Académie de médecine. Séance du 11 mars 1890.
- CHOMEL. — Angine folliculeuse du pharynx. Gazette des Hôpitaux, 1848.
- COUPARD. — Revue générale de clinique et thérapeutique, 1887.
- CUVILLIER. — Des végétations adénoïdes chez l'adulte. Thèse Paris, 1891.
- DEGLAIRE. — Des inflammations chroniques du naso-pharynx. Thèse Paris, 1896.
- DIEULAFOY. — Tuberculose larvée des trois amygdales. Académie de médecine. Séances du 30 avril et du 7 mai 1895.
- DUPUYTREN. — Cliniques chirurgicales, 1839.
- EGIDI F. — L'hypertrophie de la luette et la toux obstinée (Archiv. italiana di laring., octobre 1888).
- GAILLARD. — L'hypertrophie des amygdales et en particulier de son anatomie pathologique. Thèse Paris, 1881.
- GLEITZMANN. — Hypertrophy of the tonsil of the tongue. Medical Record. New-York, 1887.
- GOUGUENHEIM. — Des végétations adénoïdes. Leçon à Lariboisière. Gazette des hôpitaux, 1892.
- GOUREAU. — Toux opiniâtre due à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Actualité médicale, 1892.

- GRANCHER. — Sur un nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Annales des maladies de l'oreille, 1888.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Traité de l'angine glanduleuse. Paris, 1857.
- HALSTED. — Les végétations adénoïdes chez les enfants. Medical Record. New-York, 1892.
- HENOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, 1885.
- LASÈGUE. — Traité des angines. Paris, 1868.
- LEONI. — Riforma medica. Octobre 1887.
- LERMOYEZ. — Des végétations adénoïdes tuberculeuses. Presse médicale, 1895.
- LOEWENBERG. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Paris, 1879.
- LUBET-BARBON. — De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge. Annales des maladies de l'oreille, 1892.
- MACKENZIE. — On nasal cough. American journal of the med., sep. juillet 1883.
- MAGNUS. — Etude clinique sur les tumeurs adénoïdes. Th. Paris, 1895.
- MILLON. — La toux pharyngée chez les enfants. Journal de médecine de Paris. novembre 1896.
- MOURE. — Considérations sur la pharyngite granuleuse. Bulletin médical, 1895.
- OLLIVIER. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, 1888.
- ROBERT. — Mémoire sur le gonflement chronique des amygdales chez les enfants. Bulletin général de thérapeutique, 1843.
- ROGER. — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. Paris, 1893.
- RUAUT. — Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes. Union médicale, 1887.
- RUAUT. — De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne. Archives de laryngologie, 1888.
- RUAUT. — Traité de médecine. Tome III. Paris, 1892.
- SCHMIT EUSTACHE. — Adenoid Growths in children. The Lancet, 1895.
- TESTUT. — Anatomie. Paris, 1893.
- TISSIER. — Etude de la bourse pharyngée. Annales des maladies de l'oreille, 1886.
- TORNWALDT. — Sur la bourse pharyngée. Revue des Sciences médicales, 1886.
- TRASHER. — Toux d'origine nasale. Wickley medical Record, 1891.
- WLADIMIR DE HOLSTEIN. La toux de gorge et son traitement. Semaine médicale, 1892.

